

# SPORTMEDIZINISCHE ASPEKTE DES JUDO BEI KINDERN UND JUGENDLICHEN

Auswertung von Sportverletzungen mit Konsequenzen für Trainings- und Wettkampfbetreuung

Inaugural - Dissertation  
zur Erlangung des Grades eines Doktors der Medizin  
des Fachbereichs Humanmedizin  
der Justus-Liebig-Universität Gießen

vorgelegt von Ute Erdmann, geb. Erdmann  
aus Gießen

Gießen 1999

Aus dem Medizinischen Zentrum für Orthopädie und Physikalische Medizin

Leiter: Prof. Dr. med. H. Stürz

des Klinikums der Justus-Liebig-Universität Gießen

Gutachter: Prof. Dr. med. H. Stürz

Gutachter: PD Dr. med. J. Kreuder

Tag der Disputation: 13. Juli 2000

Fange nie an aufzuhören - höre nie auf anzufangen!

Judo -  
ein Sport,  
der gleichzeitig Lebensphilosophie ist:  
Kampf ohne Hass,  
Kraft unter Kontrolle,  
Ritterlichkeit,  
stoisches Hinnehmen von Sieg und Niederlage.

**Für Nico und Roja**

# INHALTSVERZEICHNIS

1.	EINLEITUNG	1
1.1	Ziel der Arbeit	1
1.2	Das Phänomen Judo	2
1.2.1	Wesen des Judo	2
1.2.2	Herkunft und Geschichte des Judo	4
1.2.3	Der erzieherische Wert des Judo für Kinder und Jugendliche	5
1.3	Allgemeines zu Judotechnik und Judokampf	8
1.3.1	Judotechnik	8
1.3.2	Wettkampf-Reglement	19
1.3.3	Spezielle Aspekte in Verbindung mit dem Wettkampf	22
2.	HAUPTTEIL	24
2.1	Darstellung der Sportverletzungen und Sportschäden beim Judo in der Literatur	24
2.1.1	Statistiken der Sportverletzungen und Sportschäden beim Judo	24
2.1.2	Beschreibung der häufigsten judotypischen Verletzungen und des Verletzungshergangs	27
2.1.3	Beschreibung der typischen Judoschäden und ihrer Ursache	34
2.2	Methode der eigenen Datenerfassung	36
2.3	Darstellung der erfaßten Daten	37
2.3.1	Häufigkeit der Verletzungen	37
2.3.1.1	Häufigkeit der Wettkampfverletzungen	37
2.3.1.2	Häufigkeit der Lehrgangsverletzungen	39
2.3.2	Daten zu den Verletzungen allgemein, der Verletzungslokalisation und –art	39
2.3.3	Daten zu früheren Verletzungen	71
2.4	Diskussion der Daten zu den Verletzungen allgemein, zu Verletzungslokalisation und -art und zu früheren Verletzungen	74
2.5	Klinische Untersuchung von verletzten Judoka	83
2.5.1	Methodik	83
2.5.2	Ergebnisse der orthopädischen Untersuchung unter Berücksichtigung der Anamnese	85
2.5.3	Diskussion der orthopädischen Untersuchungsbefunde unter Berücksichtigung der Anamnese	90



2.5.4	Muskelstatus	93
2.5.5	Ausführungen zu den Ergebnissen des Muskelstatus	94
2.6	Empfehlungen zur Prophylaxe von Judoverletzungen und Judoschäden	96
3.	ZUSAMMENFASSUNG	99
4.	LITERATURVERZEICHNIS	103
5.	DANKSAGUNG	109
6.	LEBENS LAUF	110
7.	ANHANG	111
7.1	Liste der ausgewerteten Wettkämpfe	111
7.2	Liste der ausgewerteten Lehrgänge	111
7.3	Inhalt des Fragebogens für Wettkampfverletzungen	112
7.4	Inhalt des Fragebogens für Lehrgangs- und Trainingsverletzungen	116
7.5	Inhalt des Untersuchungsbogens	119

# **1. EINLEITUNG**

## **1.1 Ziel der Arbeit**

Die Sportart Judo gewinnt in den letzten Jahren in der Bundesrepublik Deutschland zunehmend an Popularität. Was früher in Form des Ju-Jutsu als reine Selbstverteidigung angesehen und gelehrt wurde, gilt heute in der mehr auf den Wettkampf ausgerichteten Form des Judo als ein sinnvoller Ausgleichssport für den bewegungsmäßig falsch bzw. unterbelasteten menschlichen Körper. Die zahlenmäßig größte Gruppe aller Judoka bilden Kinder und Jugendliche. Die Ausbildung des Nachwuchses im Judo erfolgt fast ausschließlich in den örtlichen Vereinen, die auf Kreis-, Bezirks- und Landesebene zu größeren Verbänden zusammengeschlossen sind.

Im Judo können die Kinder und Jugendlichen ihre Kräfte mit Gleichaltrigen messen, sie erlernen auch die Koordination bestimmter Bewegungen und somit die Kontrolle über ihren eigenen Körper. Durchsetzungsvermögen, aber gleichzeitig Disziplin innerhalb einer Gemeinschaft und Kräftigung des heranwachsenden Körpers sind weitere Vorteile des Judo. Judo ist nicht nur ein Sport, Judo ist im Sinne von Jigoro Kano, dem Begründer, eine Schulung von Körper und Geist.

Heute ist Judo mehr und mehr auf den sportlichen Wettkampf zugeschnitten. Dies betrifft auch den Jugendbereich. Die mit der Trainingsintensität und den Leistungsanforderungen im Wettkampf steigenden Verletzungszahlen machen die Unterstützung von Sportmedizinern notwendig. Die Kenntnis der besonderen Bewegungsmuster und Belastungen in dieser Sportart kann dem Sportmediziner und behandelnden Arzt nicht nur wichtige Hinweise auf die Entstehung und das mögliche Ausmaß einer Verletzung geben, sondern ermöglicht auch bessere sportmedizinische Therapiemöglichkeiten. Gerade im Jugendbereich sollte dies genutzt werden, um späteren judotypischen Sportschäden vorzubeugen.

Es gibt zahlreiche Veröffentlichungen über Judotechniken für Anfänger und Fortgeschrittene, für Kinder und Erwachsene. Es gibt auch mehrere Untersuchungen über die Häufigkeit von Sportverletzungen, Sportschäden und Verletzungsmechanismen im Judo. Letztere beziehen sich jedoch fast ausschließlich auf Erwachsene und auf Judoka mit hohem Leistungsniveau.

In eigener Betroffenheit als Mutter zweier Judoka ist das Ziel meiner Arbeit eine Untersuchung von Kindern und Jugendlichen auf Breitensportebene, und zwar entsprechend den seitens des Deutschen Judo-Bundes vorgegeben Altersgrenzen für Jugendliche bis zum 18. Lebensjahr (männlich) bzw. 19. Lebensjahr (weiblich). Unter Berücksichtigung sportarttypischer Bewegungsabläufe sollen Aussagen zu Verletzungshäufigkeit, sowie zu personengebundenen, sportartspezifischen und wettkampfbedingten Ursachen der Judooverletzungen herausgearbeitet werden. Lokalisation und Art der Verletzungen sollen hinsichtlich beeinflussender Faktoren untersucht werden.

Die Besonderheit meiner Erhebung liegt darin, daß die Daten nicht retrospektiv erhoben wurden, sondern kurz nach dem Verletzungsvorgang.

Eine körperliche Nachuntersuchung soll zeigen, inwieweit die Verletzungen schon Folgeschäden hinterlassen haben und ob Muskeldysbalancen vorliegen.

Daraus folgernd sollen Hinweise für Training und Verhalten beim Wettkampf gegeben werden mit dem Ziel der Prävention von Verletzungen und Sportschäden.

## **1.2 Das Phänomen Judo**

### **1.2.1 Wesen des Judo**

Judo ist eine Kampfsportart und zählt zu den asiatischen Budo-, d.h. Selbstverteidigungs - sportarten. Für den Ostasiaten ist Judo jedoch wesentlich mehr: eine Kampf-Kunst - die Kunst, körperliche und geistige Fähigkeiten zum höchst wirksamen Gebrauch zu koordinieren. Auch im Englischen spricht man von „martial arts“.

Der Europäer sieht im Judo möglicherweise nur einen für ihn mehr oder weniger brutalen und dementsprechend verletzungsträchtigen Kampfsport. Dies wird verstärkt durch die nur Gewalt und Brutalität hervorhebende Darstellung der Budosportarten in vornehmlich für die westliche Welt produzierten Filmen. In der Philosophie des Abendlandes sind körperliche Auseinandersetzungen einerseits Ausdruck für Primitivität, Brutalität, geistige Ohnmacht, andererseits Mittel zum Zweck, zum Erreichen von Territorialansprüchen, Macht, Besitz, Recht. Voraussetzung ist ein Feindbild.

Im japanischen Verständnis hingegen ist Judo ein (Lebens-)Weg von hohem erzieherischen Wert für die geistige, sittliche und moralische Entwicklung des Schülers. Hier kämpft man nicht gegen Feinde, sondern mit Partnern. Man muß lernen, die Stärken und Schwächen des Gegners möglichst schnell zu erkennen und dabei die Stärke des Gegners zum eigenen Vorteil nutzen, indem man der Bewegung des Gegners genau so lange nachgibt, bis sie ihre Wirkung verloren hat und der Gegner in eine Position gelangt ist, die nun für den eigenen Angriff günstig ist. Dieses gegenseitige Wechselspiel von Angriff und Verteidigung erfordert ein Höchstmaß an Konzentration und Schnelligkeit und fortwährendem Lernen und Üben. Deshalb ist Judo eine Kampf-Kunst und keine Rauferei oder blinder Aktionismus. Haß ist dem Wesen des Judokampfes fremd, er würde den Kämpfer blind machen für die reale Einschätzung der Situation und würde ihn dadurch sehr gefährden.

Es ist wichtig zu wissen, vor welchem Hintergrund die Judotechniken entwickelt wurden, um zu verstehen, daß blindwütiges Draufloskämpfen auf die Dauer nur zu Niederlagen und Verletzungen auf beiden Seiten führt. Um diese Hintergründe noch ausführlicher zu beleuchten, werde ich im folgenden die Vorstellungen des Begründers Jigoro Kano, die religiösen, kulturellen und historischen Hintergründe genauer darstellen. Auch hinsichtlich des erzieherischen Wertes des Judo besonders für Kinder und Jugendliche möchte ich ins Detail gehen.

*JIGORO KANO* (1860-1936), der Begründer dieser Sportart, definiert Judo wie folgt [35]: „Ju“ bzw. „Jiu“ bedeutet sanft oder nachgeben und „do“ Weg oder Grundsatz, also den Weg oder Grundsatz *erst nachzugeben, um schließlich den Sieg zu erringen*.

*J. KANO* faßt das Wesen des Judo folgendermaßen zusammen: „Judo ist Studium und eine Übung von Geist und Körper, die für die Führung des Lebens und aller Angelegenheiten gilt. Aus der Übung der verschiedenen Methoden von Angriff und Verteidigung kam ich zu der Überzeugung, daß alles von der richtigen Anwendung des einen großen Prinzips abhängt: was immer das Ziel ist, es kann am besten erreicht werden durch den *höchst wirksamen Gebrauch von Geist und Körper* für diesen Zweck.“

Zur Abgrenzung vom Vorläufer des Judo dem Ju-Jutsu schreibt *KANO*: „Ebenso wie dieses Prinzip (höchst wirksamer Gebrauch von Geist und Körper), angewendet auf die Methoden von Angriff und Verteidigung, Ju-Jutsu bedeutet, so bedeutet dasselbe Prinzip

auf körperliche, geistige und sittliche Kultur angewendet, das Wesen vom Judo.“ Wichtig ist für ihn somit neben der körperlichen Erziehung vor allem die gleichzeitige geistige und moralische Erziehung.

Die Verinnerlichung des Prinzips Sieg durch Nachgeben und des Grundsatzes von höchster Wirksamkeit mache den Schüler „ernst und aufrichtig, vorsichtig und überlegend in seinem ganzen Wesen“ und übe ihn in „schnellem Entschluß und sofortigem Handeln“. In die sittliche Seite des Judo fließt der Geist der alten japanischen Kriegerkaste, der Samurai, ein mit ihrem hohen Ehrbegriff, dem Bushido. Die Prinzipien und ihre Anwendung auf Geist und Körper „verlangen vor allem Ordnung und Harmonie unter seinen Mitgliedern, und diese kann nur durch *gegenseitige Hilfe und Nachsicht* erreicht werden, die zu allgemeiner Wohlfahrt und Glück dienen.“

*F.M. VAN HAESENDONCK* [30] hat die Bedeutung der beiden großen Grundsätze Jigoro Kanos folgendermaßen zusammengefaßt:

„*Maximale Wirkung von Geist und Körper*“ = *das Mittel*:

- Fundamentalener Grundsatz für alle Techniken des echten Judokampfes. Jeglicher Begriff von Sieg und Niederlage zielt daran vorbei.
- Entwicklung des Körpers = körperliche Erziehung
- Studium - geistige Erziehung - Charakterbildung
- Art und Weise des Essens, Kleidens, Wohnens, Umgangs mit den Menschen = Lebenskunst

„*allgemeines Wohlbefinden für Alle*“ = *das Ziel*

- Gegenseitige Fügsamkeit und Hilfsbereitschaft
- JUDO bedeutet folglich, durch eigene Vervollkommnung die Gemeinschaft zu bereichern.
- Gegenseitige Fügsamkeit (Geschmeidigkeit) ist der Weg zum Glück für alle Menschen.

Zum religiösen Aspekt sagt Kano nichts. Er hat dem Judo keine buddhistische Theorie unterlegt. Nichtsdestotrotz finden sich Parallelen zum Zen-Buddhismus. *M. GRUNDMANN* [25] schreibt hierzu:

„In der Zen-Meditation soll der Zustand der Geistesleere erreicht werden, der, so paradox es erscheinen mag, auf höchster Konzentration und Wachsamkeit basiert. ... Eine Begründung für diese Meditationsweise ist die Annahme, daß nur der, der in der Lage ist, seinen Geist willentlich über eine bestimmte Zeit von allem freizuhalten, in Situationen, die seine ganze geistige Kraft verlangen, sich selbst vollständig einsetzen kann. Jemand, der die Fähigkeit hat, diese „Leere“ während der Meditation hervorzurufen und zu ertragen, kann das „störende Ich“, das seinen Willen und somit seine Taten beeinflusst, ausschalten“. Genau diese Fähigkeiten benötigt man in den Kampfkünsten.

Hierzu einige Zitate von *TAISEN DESHIMARU-ROSHI* [14], einem der bekanntesten japanischen Zen-Meister unserer Zeit: „Wenn man im Kampf auch nur einen Rest von Energie zurückbehält, kann man nicht gewinnen.“ „Intuition und Handlung müssen im gleichen Moment hervortreten. In der Ausübung des *budo* kann es kein Nachdenken geben. Nicht eine einzige Sekunde.“ Dies unterscheidet die Kampfkünste von allen Sportarten, bei denen immer noch für kurze Momente ein Nachdenken möglich ist.

Bei den Kampfkünsten schult man - wie auch im Zen - zunächst Körper und Technik, das entscheidende ist aber der Geist (shin), das Bewußtsein, die Intuition. Essentiell ist die Einheit von Geist, Körper und Technik. *DESHIMARU-ROSHI* schreibt ferner: „Budo ist der Weg des Kriegers, und er umfaßt alle Kampfkünste Japans.“ „Das japanische *budo* hat sich im direkten Zusammenhang mit Ethik, Philosophie und Religion entwickelt - ohne jede Verbindung zum Sport. Daher handeln auch alle uns erhaltenen Texte über *budo* von der geistigen und intellektuellen Bildung und der Reflexion über das Ich. Mit anderen

Worten, sie erklären und lehren die tiefe Technik des WEGES“ (= Do). Bei dem WEG „handelt es sich nicht nur darum, eine Technik, eine „waza“, zu erlernen, und noch viel weniger um sportlichen Wettkampf. Budo umfaßt Künste wie *kendo*, *judo*, *aikido* und *kyudo* (Bogenschießen). ... Denn im *budo* geht es nicht allein um Wettstreit, sondern viel mehr darum, den Frieden und

die Meisterschaft über sich selbst zu finden. *Do* ist der WEG, die Methode, die Lehre, durch die man das Wesen seines Geistes und seines ICHS vollkommen verstehen kann.“ Der Einfluß des Zen-Buddhismus auf die japanischen Kampfkünste geht auf das 12. und 13. Jahrhundert zurück [25], als die damaligen Ritter, die Samurai, die Zen-Ideale mit in die sieben Prinzipien ihres Moralkodex Bushido (= Weg des Samurai) einfließen ließen. Aspekte des Zen wie die Betonung von Training, Willen und Selbstbeherrschung des Individuums waren für den Samurai und seine Kampfsysteme existentiell wichtig, ebenso wie die im Zen so hochangesehene Intuition. Im Kampf mußte der Samurai oft intuitiv, ohne Zögern handeln. Dies konnte nur dann schnell erfolgen, wenn der Geist leer war von hemmenden Faktoren, die die Ausübung des zu Tuenden behindert hätten.

### **1.2.2 Herkunft und Geschichte des Judo**

Die Ursprünge der fernöstlichen Kampfsysteme lassen sich letztlich nicht ergründen, aber Ansätze zu ihrem Verständnis findet man in den Lehren der Hindu, der Buddhisten und bei Kung Fu Tse. In Japan haben sich auf grund der kriegerischen Vergangenheit schon früh verschiedene Kampfsportarten entwickelt. Eine Schule unter den waffenlosen Systemen war Ju-Jutsu. Man nimmt an, daß Ju-Jutsu bereits vor dem 10. Jahrhundert von China nach Japan kam. Vor ca. 400 Jahren gelangte es unter den Samurai zur Blüte. Sie hatten das Privileg, ein langes und ein kurzes Schwert zu tragen, mußten aber in der Lage sein, bis zu ihrem Tod oder Sieg auch ohne Waffen weiterzukämpfen. Daraus entwickelten sich waffenlose Kampftechniken. Als 1868 mit dem Herrschaftsbeginn der Meiji-Kaiser den Japanern das Tragen von Schwertern verboten wurde, verloren die Samurai ihre Stellung als staatsbeherrschende Kaste und die Kampfsportarten wurden nur noch an wenigen kleinen Schulen betrieben und gerieten allmählich in Vergessenheit.

Der *deutsche Medizinprofessor Erich Bälz* (1849 - 1913), der von 1876 bis 1892 an der Kaiserlichen Universität in Tokio lehrte und Leibarzt der kaiserlichen Familie war, ist für das Wiederaufkommen des Ju-Jutsu mitverantwortlich. Motiviert durch die Bekanntschaft mit dem siebzigjährigen Ju-Jutsu-Lehrer Totsuka sah er in der Ausübung dieser martialischen Kunst einen körperlichen Ausgleich für die geistige Belastung seiner Studenten und hielt sie zur Ausübung dieser Sportart an, u.a. den Studenten *Jigoro Kano*.

J. Kano studierte diese Kunst bei verschiedenen Meistern und verschaffte sich einen umfassenden Überblick über die verschiedenen Ju-Jutsu-Systeme. An allen Richtungen störten ihn die Schmerzhaftigkeit und die Verletzungsgefahr, die mit vielen Techniken verbunden waren. So eröffnete er 1882 im Eishoji-Tempel in Tokio seine eigene Schule. Er nannte sie KODOKAN, die „Schule zum Studium des Weges“. Sein System nannte er Judo (später auch als Kodokan Judo bezeichnet), um es bewußt vom überlieferten Ju-Jutsu abzugrenzen. Neu sind die Grundstellung und die Faßart. Der Gegner wird nicht schon in der Angriffsphase geblockt und kampfunfähig gemacht, sondern man gibt ihm eine Chance gemäß dem Prinzip Siegen durch Nachgeben. Gefährliche Techniken, wie Tritte, Schläge und Stöße fallen weg. Somit entfernt sich J. Kano sehr deutlich von den kriegerischen Techniken und stellt den erzieherischen Aspekt in den Vordergrund.

Professor Jigoro Kano hatte Staatswissenschaften, Literaturgeschichte, Philosophie und Ethik sowie Körpererziehung studiert und war zeitweise Dozent an einer japanischen Hochschule sowie Erziehungsminister. 1909 wurde er Vorsitzender des Internationalen

Olympischen Komitees in Japan und 1911 Präsident der Japan-Athletic-Association sowie erstes Mitglied Japans im Internationalen Olympischen Komitee [3, 4, 10, 25, 30, 40, 65, 66]

### **Entwicklung des Judo in Deutschland:**

Zu Beginn dieses Jahrhunderts begeisterten Angehörige der japanischen Kriegsmarine bei einem Freundschaftsbesuch in Kiel den deutschen Kaiser Wilhelm II. durch eine Vorführung asiatischer Nahkampftechniken, woraufhin dieser die Unterrichtung seiner Militärschüler in der neuen Sportart Ju-Jutsu einführte [57, 58].

1905 kamen japanische Ju-Jutsu-Lehrer nach Berlin u.a. Agitaro Ono. Sein bedeutendster Schüler war der Berliner *Erich Rahn*.

1906 wurde die erste deutsche Ju-Jutsu Schule in Berlin gegründet.

Das Jahr 1922 gilt als Geburtsjahr des Judo in Deutschland, obgleich sich das eigentliche Judo erst einige Jahre später aus dem Ju-Jutsu herauskristallisierte [37]. Am 10. Oktober gründete *Alfred Rhode* (1896 - 1978) - Schüler von Erich Rahn - den 1. Deutschen Jiu-Jitsu Club Frankfurt. Zudem entstanden unter Mitwirkung von *Otto Schmelzeisen* der 1. Jiu-Jitsu Club Wiesbaden, ferner ein weiterer Club in Berlin. Nachdem er richtiges Judo kennengelernt hatte, war Alfred Rhode später der erste deutsche Judo-Lehrer. Sein Schüler war *Edgar Schäfer*, später einer der ersten Dan-Träger Deutschlands.

1926 fanden in Köln erstmals deutsche Judo-Einzelmeisterschaften statt.

1932 richtete Alfred Rhode in Zusammenarbeit mit Otto Schmelzeisen im Frankfurter Waldstadion die internationale Judo-Sommerschule ein, bei welcher japanische Meister Judo ganz nach japanischer Art vermittelten. 1932 war auch J. Kano anwesend. Die sich jährlich wiederholende Sommerschule trug entscheidend zur Verbreitung des Judo in Deutschland bei.

1934 wurden in Dresden erstmals Europameisterschaften im Judo durchgeführt.

1939-1949 trat ein kriegsbedingter Stillstand der Entwicklung ein.

1948-1956 erfolgte die Aufbauarbeit in kleinsten Gruppen, zunächst innerhalb des „Deutschen Athletenbundes“, später kam es zur Gründung der Landesverbände.

1956 erfolgte die Gründung des Deutschen Judo-Bundes e.V. (DJB) in Frankfurt am Main durch *Heinrich Frantzen*.

1964 wird Judo erstmals *olympische* Disziplin. Bei den Olympischen Spielen in Tokio gewann Wolfgang Hofmann die Silbermedaille und Klaus Glahn die Bronzemedaille.

Seit 1965 werden alle 2 Jahre Weltmeisterschaften im Judo ausgetragen.

1970 hob der DJB das Verbot(!) von *Frauenwettkämpfen* auf. Es wurden erstmals deutsche Damen-Judomeisterschaften ausgetragen.

1970/71 wurde Judo erstmals in Bielefeld als *Schulsportart* eingeführt. [57]

### **1.2.3 Der erzieherische Wert des Judo für Kinder und Jugendliche**

Im Judotraining für Kinder und Jugendliche gibt es, basierend auf der Trainings- und Bewegungslehre in der Sportwissenschaft, *vier Hauptförderbereiche* [34]:

- konditionelle Fähigkeiten
- koordinative Fähigkeiten
- sensorische Fähigkeiten
- sozial-integrative Fähigkeiten

### **Konditionelle Fähigkeiten**

Darunter versteht man die motorischen Grundeigenschaften. Kondition wird nach *GROSSER* [34] definiert als die gewichtete Summe aller leistungsbestimmenden physischen (körperlichen) Fähigkeiten und ihre Realisierung durch Persönlichkeitseigenschaften und beinhaltet die Elemente: Kraft, Schnelligkeit, Ausdauer, Gelenkigkeit.

### **Koordinative Fähigkeiten**

Unter *koordinativen* Fähigkeiten verstehen *GROSSER* u.a. das Zusammenwirken von Zentralnervensystem und Skelettmuskulatur innerhalb einer willkürlichen Bewegung. Sie helfen beim Erlernen von sportlichen Bewegungen und beim Beherrschen sportlicher Situationen. Man kann Koordination unterteilen in: Geschicklichkeit, Gleichgewicht, Orientierung im Raum, Reaktion.

### **Sensorische Fähigkeiten**

*Sensorische* Fähigkeiten oder Wahrnehmungsleistungen sind für den Erwerb von Handlungs- und Bewegungsabläufen unverzichtbar. Heutzutage weisen viele Kinder Schwächen im Wahrnehmungsbereich auf. Die Sensorik kann nach *KIPHARD* [34] unterteilt werden in:

visuelle Wahrnehmung, akustische Wahrnehmung, taktil-kinästhetische Wahrnehmung, Körperschema.

### **Sozial-integrative Fähigkeiten**

Diese lassen sich nach *INNENMOSER* [34] unterteilen in Kommunikation, Interaktion, Integration. Kommunikation beinhaltet das „Aufeinander-Zugehen“, die erste Berührung, das erste Festhalten. Diese Berührungsängste sind auch bei Erwachsenen weitverbreitet. Um Interaktion handelt es sich, wenn die Partner gelernt haben, sich gemeinsam Judo-Techniken zu erarbeiten, um Integration, wenn sie Gegner werden und doch Partner und Freunde bleiben. Dieser Aspekt des Judo ist besonders interessant für jüngere Kinder, aber auch für Senioren und Behinderte.

Judo spricht alle konditionellen und koordinativen Fähigkeiten in gleichem Maße an, es trainiert den ganzen Körper [5]. Bei den sensorischen Fähigkeiten werden durch Judo neben der visuellen speziell auch die taktil-kinästhetische Wahrnehmung und das Körperschema geschult. Dies ist wichtig, da heutzutage viele, auch die als gesund geltenden Kinder und Jugendlichen, bereits Schwächen im motorischen Bereich und im Wahrnehmungsbereich aufweisen. Da im Judo enger Körperkontakt unumgänglich ist, erfährt der Judoka auch in besonderer Weise sein „Körperselbst“, er lernt sich besser kennen. Diese Körperschema-Schulung sowie die obengenannten Vorzüge des Judo werden im Behindertensport therapeutisch genutzt zur Rehabilitation und Integration von

geistig Behinderten, Verhaltensauffälligen, Gliedmaßengeschädigten, zerebral Bewegungsgestörten, Sehbehinderten, Blinden, Gehörbehinderten und Gehörlosen.

Der sozial-integrative Aspekt ist heutzutage besonders wichtig, da Gewalt und Aggressivität bei Kindern und Jugendlichen eine immer größere Rolle spielen. Es gab Modellversuche an Schulen [6, 53], die durch Vermittlung der Idee und der Techniken des Judo auf eine Verringerung des Gewaltpotentials abzielen. Diese Projekte verliefen insgesamt positiv.

Warum kann gerade eine Kampfsportart *Aggression abbauen* und die Gewaltbereitschaft verringern? *MARTIN VON DEN BENKEN* [6] führt hierfür drei Gründe an:

1. Der Drang zu raufen, seine körperlichen Kräfte zu messen und zu erfahren ist ganz natürlich und in bestimmten Entwicklungsphasen sogar bestimmend. Judo gibt den Raum und durch Etikette und Regelwerk den Rahmen, diesen natürlichen Trieb auszuleben, ohne dabei andere zu gefährden.
2. Beim Judo wird jeder auch mit seinen Schwächen konfrontiert. Er ist unterlegen - eine Erfahrung nicht nur beim Wettkampf, sondern schon beim Randori-Training (Übungskampf) - und lernt mit diesen Niederlagen umzugehen, d.h. seine Frustrationstoleranz erhöht sich. Es wird ihm deutlich, daß Aggression die schlechteste Möglichkeit ist, darauf zu reagieren. *GRUNDMANN* [25] führt hierzu an, daß allgemein in den asiatischen Kampfsportarten aggressives Agieren das sicherste Mittel ist, um einen Kampf zu verlieren. Gerade Ruhe und Ausgeglichenheit, ja sogar Distanz zur eigenen Psyche sind die großen Pluspunkte eines Kämpfers, der einen blindwütig kämpfenden Gegner hat. Auch wollen die asiatischen Kampfsportarten in stärkerem Maße als andere Sportarten einen langfristigen Erziehungsprozeß in Gang setzen, dessen Ziel die Erkenntnis ist, daß Aggression grundsätzlich ungeeignet ist, um Konflikte zu lösen. Die in Training und Kampf immer wieder erlebte Erfahrung kann entsprechende geistige Einsicht zur Folge haben.
3. Beim Judo lernt jeder seinen eigenen Körper gut kennen. Durch das große Bewegungsrepertoire, durch den engen Körperkontakt zum Partner und den stetigen Wechsel von Miteinander und Gegeneinander erfährt man vieles über seine Kräfte und seine Belastungsfähigkeit, seine Grenzen und seine Wahrnehmung.

Sicherlich spielt hier die Etikette eine sehr wichtige Rolle. Durch diese werden feste Formen und Verhaltensregeln vorgegeben. Im Training einbegriffen sind Ruhe- und Konzentrationsphasen (Angrüßen, konzentrierte Durchführung der Technik), die zu einer größeren Ausgeglichenheit der Kinder führen [6]. Die Etikette dient aber auch praktischen und sicherheitstechnischen Anforderungen [25]. Auch die Lehrer-Schüler-Beziehung ist eine besondere [4]. Der Lehrer (Sensei) ist Partner, aber auch Vorbild und Autoritätsperson. Der Schüler hat sich ihm unterzuordnen und seine Anweisungen zu befolgen. Dies sind Relikte aus der japanischen Vergangenheit dieses Sportes. Sie mögen unserem Demokratieverständnis widersprechen, haben sich aber im Judo bewährt.

Judo ist stark partnerbezogen. Man lernt miteinander, hilft sich gegenseitig im Training und im Wettkampf und macht sich gegenseitig auf Fehler aufmerksam. Der Judoka wird in eine Gruppe einbezogen und lernt, sich in dieser Gruppe zu bewegen und sich einzuordnen. Auch kennt man im Kampfsport nicht die Diskriminierung der Schwäche, da Gewinnen und Verlieren zu dicht beisammenliegen.

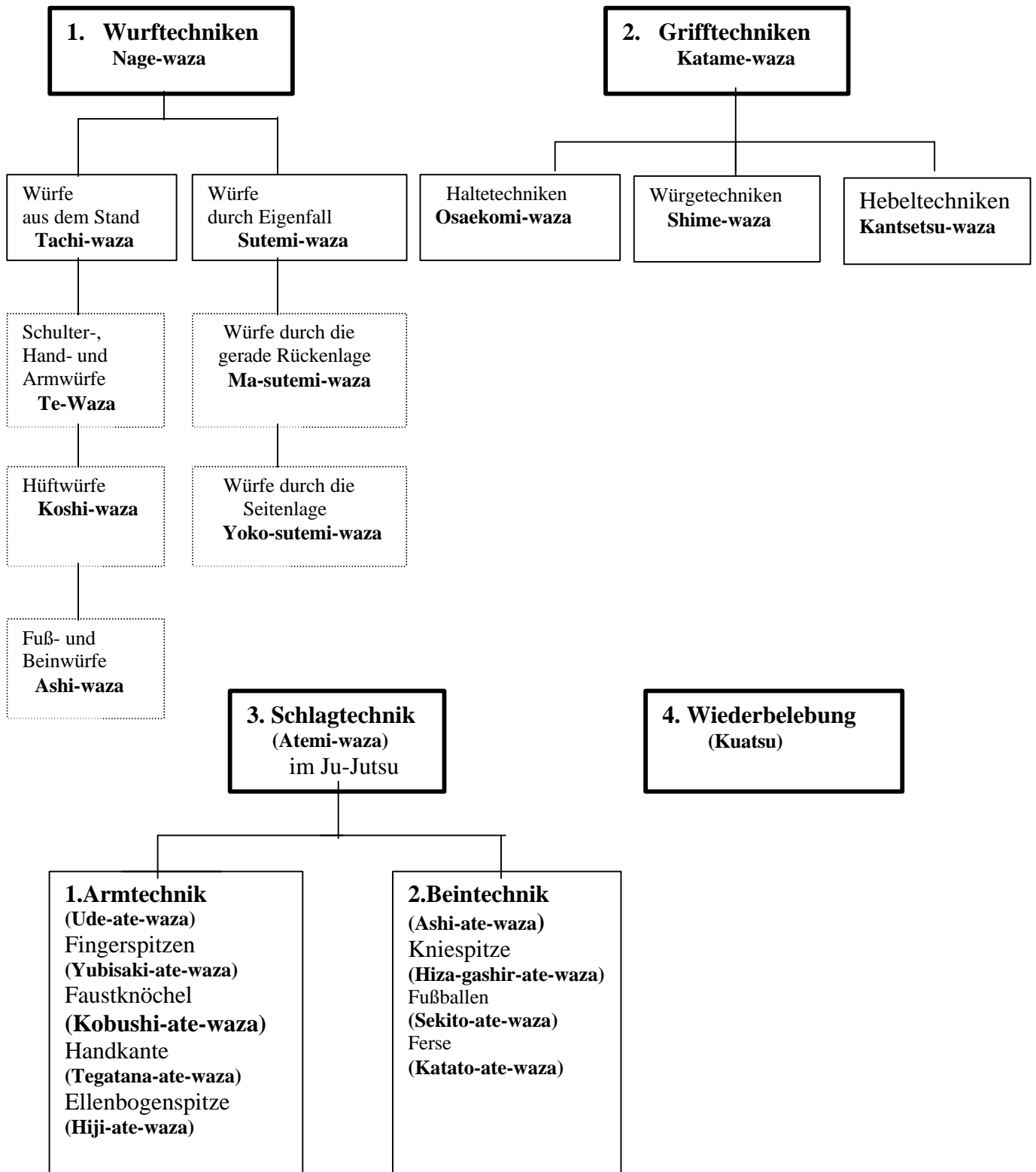


*BEISSNER* [4] schreibt : Der Judoka lernt auf der Matte Disziplin, Leistungsbereitschaft, Gemeinschaftsgeist, Ehrlichkeit und Optimismus. Judo formt zu einer selbstsicheren Persönlichkeit.

### 1.3 Allgemeines zu Judotechnik und Judokampf

#### 1.3.1 Judotechnik

*JIGORO KANO* [35] traf folgende "Einteilung des Judosports" (Abb. 1):



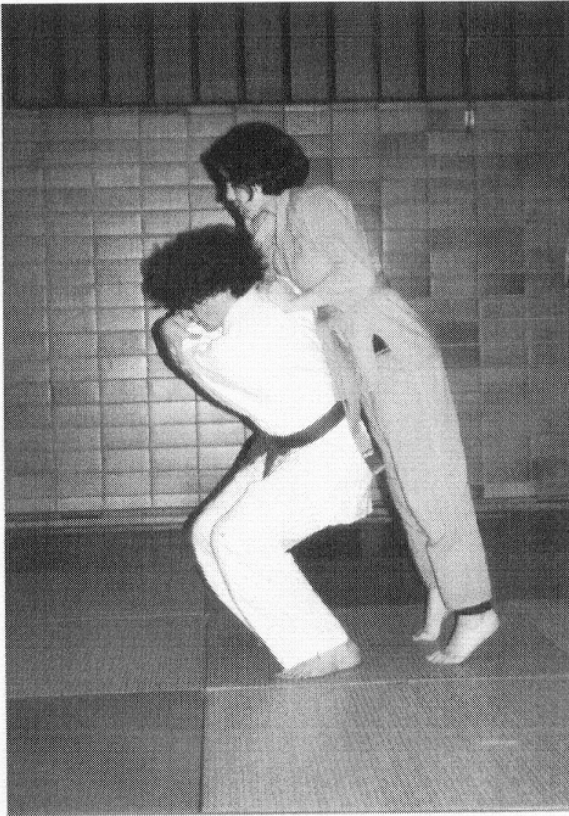


Abb. 2: Demonstration des Schulterwurfes Seoi-nage



Abb.3: Demonstration des Morote-seoi-nage  
Hier geht Tori in die tiefe Hocke und winkelt den rechten Arm stark ab.



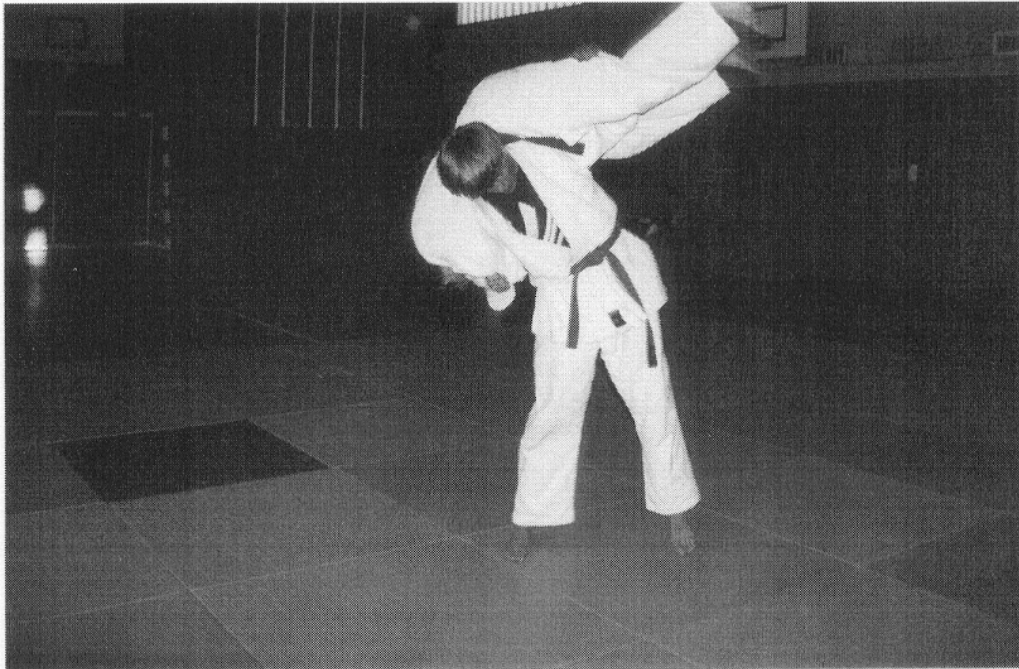


Abb.4: Demonstration des Schulterwurfes Kata-guruma

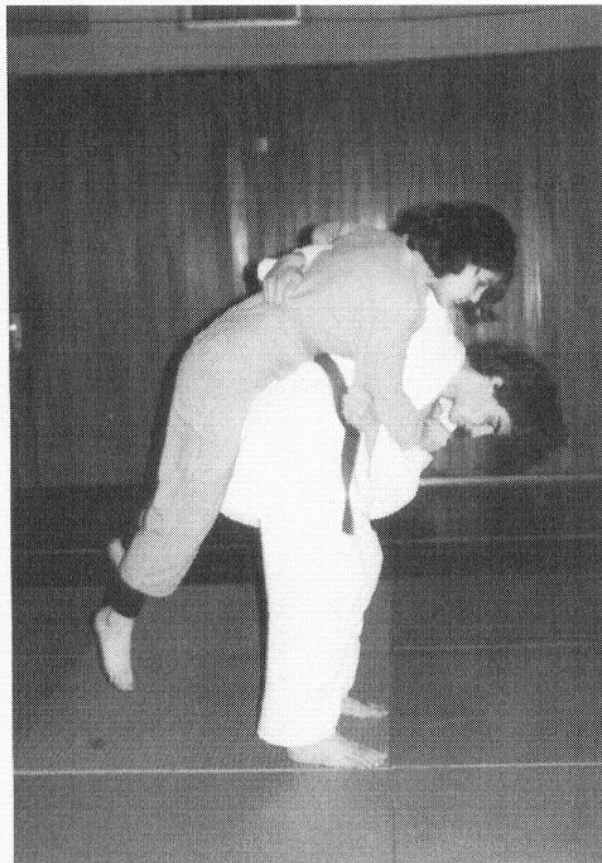


Abb.5: Demonstration des Hüftwurfes O-goshi



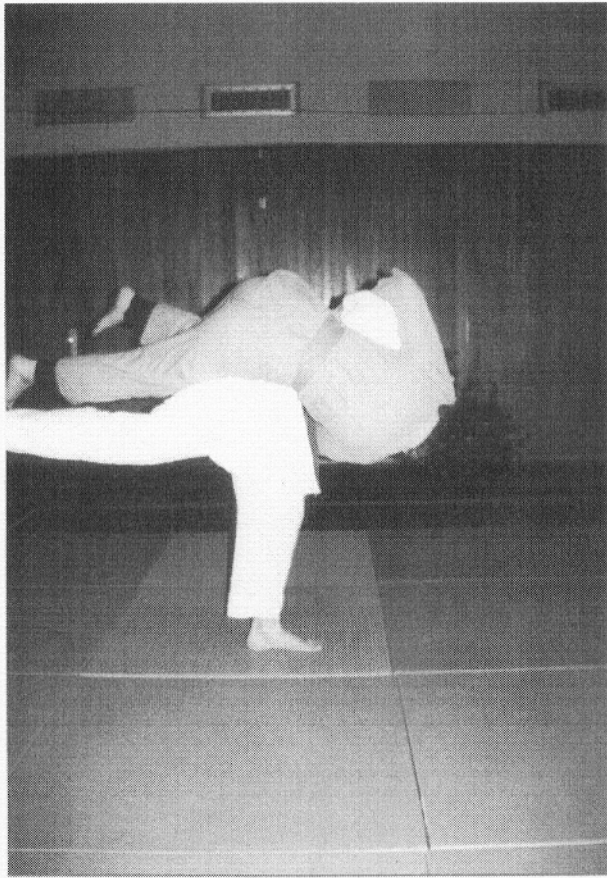


Abb. 6: Demonstration des Hüftwurfs Harai-goshi

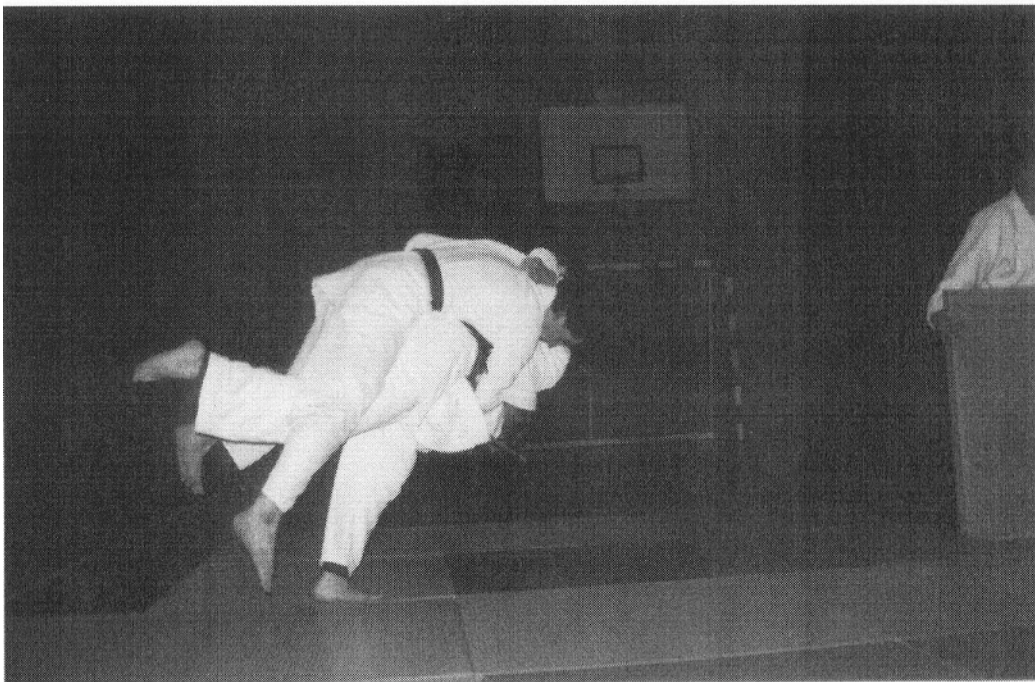


Abb. 7: Demonstration des Beinwurfes Uchi-mata



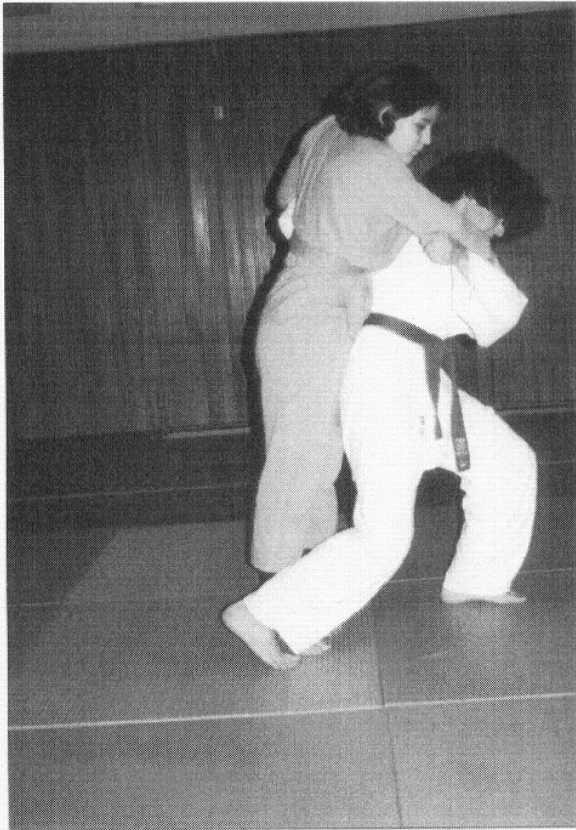


Abb.8: Demonstration des Fußwurfes Tai-otoshi

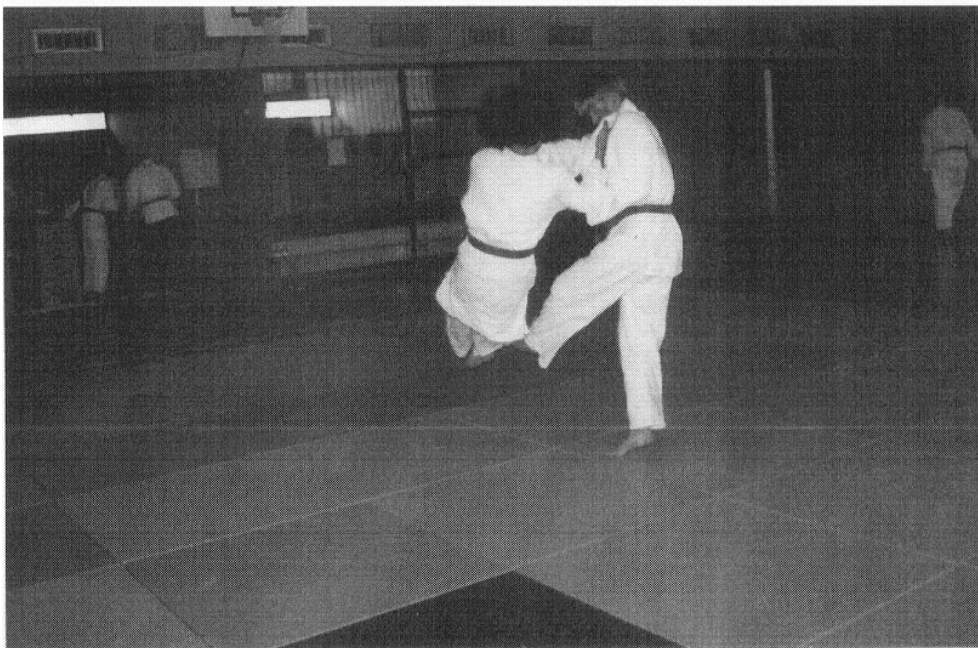


Abb. 9: Demonstration des Fußwurfes Okuri-ashi-barai



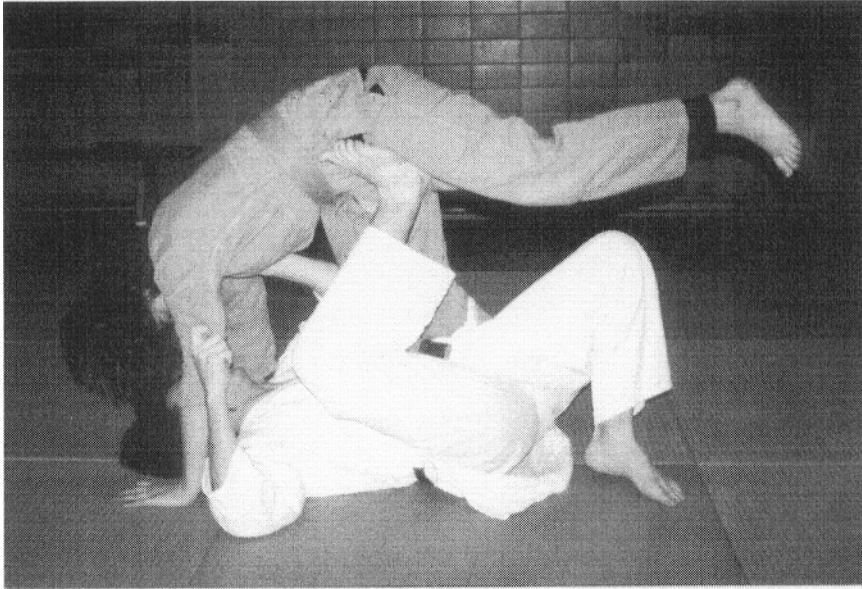


Abb.10: Demonstration des Selbstfallwurfes Tomoe-nage



Abb.11: Demonstration eines Haltegriffes (Kesa-gatame)



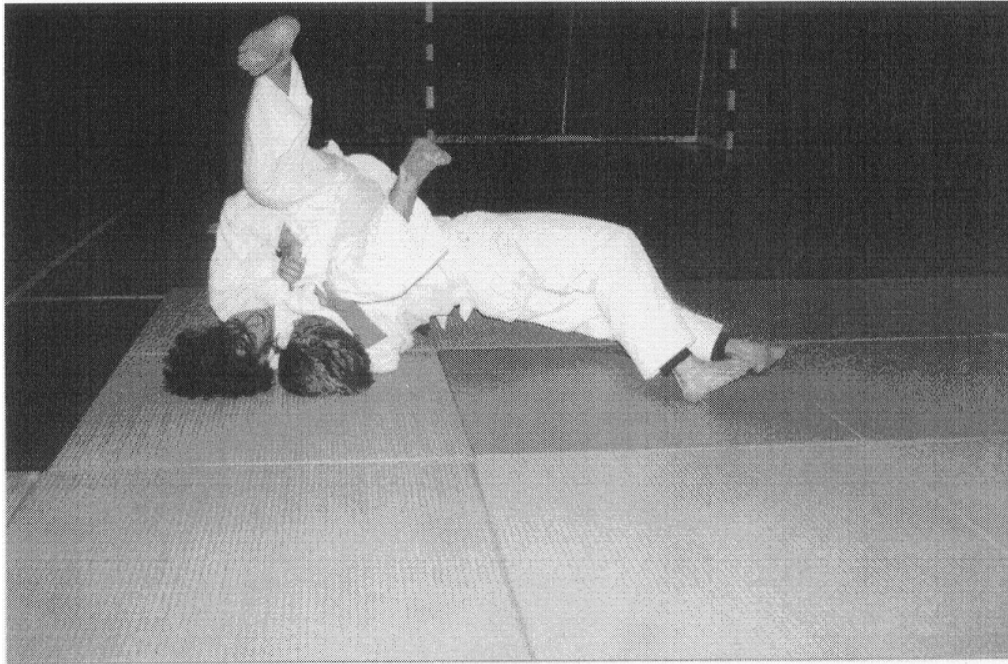


Abb.12: Demonstration einer Befreiung aus dem Haltegriff Kesa-gatame (durch Schulterbrücke)



Abb.13: Demonstration einer Würgetechnik (Juji-jime)



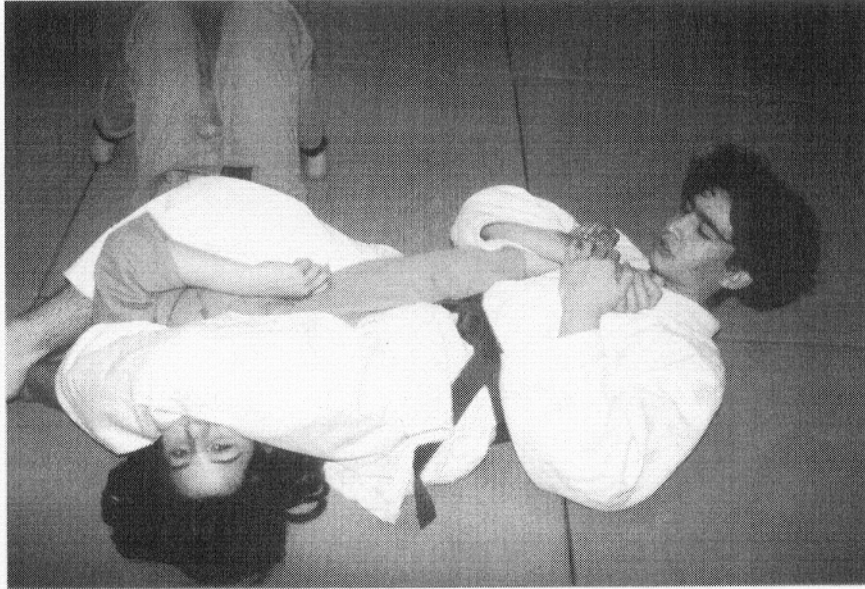


Abb.14: Demonstration des am häufigsten ausgeführten Streckhebels (Juji-gatame)



Abb.15: Demonstration eines Beugehebels (Ude-garami)



Die Fachsprache im Judo ist japanisch. Um den Text besser verstehen zu können, werden zu Anfang die wichtigsten Grundbegriffe erklärt [65]:

Budo	Oberbegriff für alle japanischen Kriegs- und Ritterkünste der Feudalzeit
Tori	Werfer, Angreifer, Ausführender
Uke	der Geworfene
Dan	Budo-Meistergrad
Kyu	Schülergrad
Dojo	Budo-Trainingsraum, heiliger Raum
Tatami	japanische Reisstrohmatte, Judo-Matten
Judoka	Judo-Kämpfer, Judo-Sportler
Judogi	Judo-Bekleidung (Jacke, Hose, Gürtel)
Ippon	voller Punkt
Randori	freies Üben, Übungskampf, Judo-Trainingsform

In der Bundesrepublik ist die in Abb. 1 dargestellte Einteilung nach KODOKAN gebräuchlich. Wir kennen 40 Grundwürfe, die nach Kano in der Reihenfolge ihrer Schwierigkeit mit fünf Gruppen von je acht Würfen in der GO-KYO zusammengefaßt werden, dem japanischen Lehrsystem für die Ausbildung vom Anfänger bis zum Judomeister. Die Go-Kyo dient als Basis für die Vergabe der Gürtel.

Alle Techniken dienen dazu, den Gegner bzw. Partner zu Boden zu werfen, ihn auf dem Boden festzuhalten und/oder ihn durch eine Würge- oder Hebeltechnik zur Aufgabe zu zwingen. Würge- und Hebeltechniken sind erst ab bestimmten Altersgruppen erlaubt.

### Wurftechniken

Bei den Wurftechniken unterscheidet man grundsätzlich folgende verschiedenen *Phasen*:

1. Tsukuri - die Vorbereitung von Tori und Uke hinsichtlich Körperstellung, Bewegungs- und Kraftrichtung in Raum und Zeit.
2. Kuzushi - der Teil des Tsukuri, der sich mit der Störung des Gleichgewichts von Uke als Vorbereitung eines Wurfes befaßt (sog. Gleichgewichtbrechen).
3. Kake - die Wurfphase, in welcher die eigentliche zum Fall führende Wurfaktion durchgeführt wird.
4. Nage - die Phase des Fallens von Uke, welche von Tori zu kontrollieren ist [31].

Aus den 40 Grundwürfen lassen sich durch *Kombinationen* eine Vielzahl von Wurfformen bilden. Kombination bedeutet, daß Tori einen Griff ansetzt und Ukes Reaktion für eine Folgetechnik nutzt. Als Reaktion von Uke auf den Wurfansatz haben sich zahlreiche *Kontertechniken* herausgebildet, d.h. Techniken zur Verteidigung gegen einen Angriff [17, 31].

### Haltetechniken

Die Haltetechniken haben das Ziel, Uke auf dem Rücken liegend zu kontrollieren, wobei Tori noch selbst aufstehen können müßte, wenn er wollte (s. Abb. 11). Sobald Uke mit einer Beinklammer Tori festhält, gilt der Haltegriff als gelöst. Kann der Haltegriff 25 Sekunden (bis Ende 1997 galt 30 Sekunden) gehalten werden, so ist der Kampf durch Ippon (voller Punkt) gewonnen.

### Hebeltechniken

Die Hebeltechniken sollen Uke durch Erzeugen von Schmerz zur Aufgabe bringen. Sie sind auf das Ellenbogengelenk beschränkt und wirken durch Überstrecken (s. Abb. 14), Überbeugen (s. Abb. 15) oder Verdrehen des Ellenbogengelenks [31]. Gewertet wird ab U13 der Ansatz der Technik, in den höheren Altersstufen die Ausführung bis zum Abschlagen von Uke (dem Zeichen der Kampfaufgabe). Die Schmerzempfindung beim Streckhebel entsteht durch Periostreizung beim Anpressen des Olecranon in der Fossa olecrani und gegebenenfalls zusätzlich durch Bänderdehnung. Die Schmerzempfindung beim Beugehebel wird ebenfalls durch Bänderdehnung ausgelöst; bei unsachgemäßer Ausführung jedoch sehr häufig durch Überdehnung des Schultergelenkes [47]. Schulterhebel und Genickhebel sind verboten.

### Würgetechniken

Die Würgetechniken (s. Abb. 13) zielen darauf ab, Uke zur Aufgabe zu bringen. Uke gibt dies durch Abschlagen zu erkennen. Auch in diesem Fall ist der Kampf durch Ippon gewonnen. Gewürgt wird mit dem eigenen Arm, Unterschenkel oder mit der Jacke des Gegners.

Der Wirkungsmechanismus wird ausgelöst:

- a) durch Druck auf die Jugularisvenen, der im Gehirn zu Störungen der Blutversorgung führt,
- b) durch Druck auf den Karotis-Sinus, der in 4 - 10 Sekunden reflektorisch Bewußtlosigkeit auslöst, die etwa 20 Sekunden andauern kann,
- c) durch Druck auf den Kehlkopf bzw. auf die Luftröhre [42]. Die Druckausübung auf den Kehlkopf ist untersagt.

Die Würgegriffe dürfen wegen ihrer Gefährlichkeit bei unsachgemäßer Ausführung erst ab einer bestimmten Altersstufe (U15 und U16 bzw. U17) angewandt werden.

Zu den Auswirkungen der Würgetechniken auf Herz-, Kreislaufsystem und Hirnleistung seien im folgenden einige Untersuchungsergebnisse zitiert. Bei einer Untersuchung von *BRENDEL et al.* [9] an 30 Judoka im Kindes- und Jugendalter konnte kein unmittelbarer Einfluß von Würgegriffen (hier speziell Kata-Juji-jime) auf *Herz-, Kreislaufparameter und den Säure-Basen-Status* festgestellt werden unter der Voraussetzung einer reglementmäßigen Ausführung.

Bei der Untersuchung der *intrakraniellen Strömungsgeschwindigkeiten* mittels transkranieller Dopplersonographie an 9 Judoka nach Juji-jime konnte ein deutlicher Abfall bis zum Teil auf nicht meßbare Werte festgestellt werden [51]. Keiner der Untersuchten verlor das Bewußtsein. Bei einem Probanden kam es zu einer sensiblen Hemisymptomatik rechts in Form von Kribbelparästhesien. Die Sauerstoffsättigung sank von durchschnittlich 97,9% auf 93,2%. Zum Vergleich sei angeführt, daß in einer Untersuchung von *OGAWA et al.* [48] die freiwillig bis zur Bewußtlosigkeit Gewürgten ab einer Sauerstoffsättigung von 90 % bis 92 % wieder zu Bewußtsein kamen.

Bei einer ähnlichen Untersuchung auch mit Juji-jime an 6 wettkampferfahrenen Judoka auf spektralanalytisch erfaßte *EEG-Veränderungen* fanden sich nach einer durchschnittlichen Würgedauer von 8 Sekunden in einem Zeitraum von bis zu 20 Sekunden statistisch signifikant nachweisbar eine Abnahme der Leistungsdichte im physiologischen Alpha-Frequenz-Bereich und eine signifikante Zunahme der Leistungsdichte im Theta-Frequenz-Bereich [52]. Diese Veränderungen konnten im Zeitraum von 40 bis 70 Sekunden nach dem Würgen nachgewiesen werden, jedoch nur auf einem statistisch nicht signifikanten Niveau.

Das Würgen führt also nachweislich zu einer Minderperfusion des Gehirns mit kurzzeitig nachweisbaren EEG-Veränderungen und einer Abnahme des Sauerstoffpartialdruckes. Beim Judo kam es bisher nie zu einem Todesfall durch Würgen. Es sollten jedoch unbedingt einige Prophylaxemaßnahmen beachtet werden: Sehr wichtig ist das korrekte Erlernen der Technik, wobei auf überflüssigen riskanten Krafteinsatz verzichtet werden sollte. Äußerste Vorsicht ist vor allem bei älteren Anfängern geboten. Auch das nur transitorische Auftreten von neurologischen Symptomen beim Würgen sollte unbedingt eine neurologische Abklärung nach sich ziehen. Würgemanöver sollten nach Möglichkeit nur in einem guten Trainings- und Gesundheitszustand erfolgen [51] und nur unter Fachaufsicht, falls der Gewürgte zu viel Ehrgeiz hat und nicht abschlägt, bevor er ohnmächtig wird.

### Schlagtechniken und Wiederbelebung

Schlagtechniken und Wiederbelebung sind Relikte aus dem Ju-Jutsu und haben lediglich noch Bedeutung für die Schwarzgurtprüfungen (Dan-Grade).

Die Übungsformen des Judo sind [17, 31]:

1. Shiai = Wettkampf mit letztem Einsatz und Siegeswillen
2. Randori = freies Üben oder Übungskampf, eine auf dem schmalen Grat zwischen spielerischer und ernsthafter Konfrontation sich bewegende Trainingsform.
3. Kata = "Form", beinhaltet eine Abfolge bestimmter, traditionell festgelegter Techniken.

### Graduierung im Judo

Dem Wesen der japanischen Kampfsportarten entsprechend ist der Weg vom Anfänger zum Könnler im Judo genau festgelegt und zu erkennen an der Gürtelfarbe des Judoka .

Man unterscheidet Schüler(Kyu)-Grade und Meister(Dan)-Grade [8]:

#### Kyu-Grade

8. Kyu = weiß-gelber Gürtel
7. Kyu = gelber Gürtel
6. Kyu = gelb-oranger Gürtel
5. Kyu = oranger Gürtel
4. Kyu = orange-grüner Gürtel
3. Kyu = grüner Gürtel
2. Kyu = blauer Gürtel
1. Kyu = brauner Gürtel

#### Dan-Grade

1. Dan = schwarzer Gürtel
2. Dan = schwarzer Gürtel
3. Dan = schwarzer Gürtel
4. Dan = schwarzer Gürtel
5. Dan = schwarzer Gürtel
6. Dan = rot-weißer oder schwarzer Gürtel
7. Dan = rot-weißer oder schwarzer Gürtel
8. Dan = rot-weißer oder schwarzer Gürtel
9. Dan = roter oder schwarzer Gürtel
10. Dan = roter oder schwarzer Gürtel

Der Anfänger trägt einen weißen Gürtel; mit zunehmendem technischen Können werden die Gürtelfarben der Schüler dunkler. Die Meister tragen schwarze Gürtel; bei feierlichen Anlässen tragen die hohen Dan-Grade eine rot-weiße oder rote Schärpe. Bis zum 5. Dan werden jeweils Prüfungen durchgeführt nach einem fest vorgeschriebenen Prüfungsprogramm. Die höheren Dan-Grade werden für besondere Verdienste verliehen. Zwischen den einzelnen Gürtelprüfungen sind bestimmte Wartezeiten vorgeschrieben, ferner sind jeweils Mindestalter festgelegt. Das Mindestalter für den 1. Dan beträgt 16 Jahre.

### **1.3.2. Wettkampf-Reglement**

Die *Kampffläche* beträgt 6 x 6 m bis 10 x 10 m, bestehend aus einzelnen Tatami. Früher waren dies Reisstrohmatten, heute sind es ca. 4 cm dicke unelastische Matten mit einer Fläche von 1 Quadratmeter, die aus hygienischen Gründen mit PVC überzogen und an der Unterseite gummiert sind. Die Kampffläche wird durch andersfarbige Matten begrenzt, meistens rot. Diese Warnfläche gehört zur Kampffläche dazu und signalisiert den Kämpfern die Grenze. Wer auf dieser Warnfläche steht, muß innerhalb von 5 Sekunden eine Aktivität zeigen, sonst erhält er eine Bestrafung wegen Passivität, die eine positive Wertung für den Gegner bedeutet. Die Kampffläche muß mindestens 0,80 m allseits mit Matten umrandet sein.

Die Kämpfer tragen *Judogi*. Diese Kampfkleidung wird aus einem sehr reißfesten Baumwollstoff gefertigt und besteht aus einer Jacke, einer Hose und einem Gürtel. Zur Unterscheidung der Kämpfer beim Wettkampf trägt jeder zusätzlich einen roten oder weißen Gürtel.

Zu Beginn (und Ende) des Kampfes stehen die Kämpfer im Abstand von ca. 4 m einander zugewendet auf der Mattenmitte und grüßen durch gleichzeitiges Verbeugen. Dann gibt der *Mattenrichter* das Zeichen zum Beginn des Kampfes. Er kann je nach Wertigkeit des Turniers durch ein oder zwei Außenrichter unterstützt werden.

In Deutschland gilt für Jugendliche bis einschließlich U13 (d.h. bis 13. Lebensjahr) eine *Kampfzeit* von einmal 3 Minuten ohne Verlängerung, für ältere Jugendliche die Zeit von einmal 4 Minuten und für Männer-Junioren, Männer und Frauen-Senioren eine Kampfzeit von 5 Minuten. Bei den untersten Altersgruppen kann der sportliche Leiter des Wettkampfs die Kampfzeit auch auf 2 oder 2 ½ Minuten verkürzen.

Der Kampf beginnt immer im Stand und kann ohne Unterbrechung am Boden weitergeführt werden, wenn einer der Kämpfer einen Wurf mit einem gewissen Erfolg ausgeführt hat, wenn er bei einem Wurfansatz fällt oder das Fallen des Gegners ausnutzt. Ziehen in die Bodenlage ohne Aktion wird bestraft.

Das *Kampfergebnis* steht fest, sobald ein voller Punkt (Ippon) erreicht ist. Falls der Kampf nicht vorzeitig durch Ippon beendet wird, bestimmt der Mattenrichter am Ende der Kampfzeit den Sieger auf grund der während des Kampfes erzielten Wertungen und Vorteile. Bei den Wurftechniken ist die Wertung für den Werfer umso höher, je stärker der Aufprall des Geworfenen ist. Dieser versucht oft durch Drehung im Fall eine Wertung für den Gegner zu verhindern, was das Verletzungsrisiko beträchtlich erhöht. Bei den Haltegriffen richtet sich die Wertung nach der Zeit.

Ein *Ippon* (voller Punkt) ist dann erzielt, wenn eine Wurftechnik dazu geführt hat, daß einer der beiden Kämpfer mit Kraft und Schwung auf den Rücken geworfen wurde. Ippon wird aber

auch ausgesprochen, wenn durch einen Armhebel oder Würgegriff der Unterlegene zur Aufgabe gezwungen oder mit einem Haltegriff 30 Sekunden (seit 1998 25 Sekunden) lang am Boden fixiert worden ist.

Ein *Wazaari* (halbe Wertung) wird vergeben, wenn bei einem Wurf auf den Rücken die erforderliche Kraft oder der nötige Schwung fehlt bzw. wenn ein Haltegriff 25 bis 29 Sekunden (seit 1998 20 bis 24 Sekunden) gehalten worden ist. Erhält ein Kämpfer zweimal *Wazaari*, dann ist dies gleichzusetzen mit einem *Ippon* und damit dem Sieg.

Ein *Yuko* (mittlere Wertung) wird vom Kampfrichter vergeben für einen Wurf auf die Seite oder ohne ausreichend Kraft und Schwung auf den Rücken, sowie für einen Haltegriff von 20 bis 24 Sekunden Dauer (neu: 15 bis 19 Sekunden). Der Kampfrichter gibt *Koka* (kleine Wertung), wenn ein Kämpfer durch eine Technik auf den äußeren Oberschenkel oder auf das Gesäß geworfen oder mit einem Haltegriff 10 bis 19 Sekunden (neu: 10 bis 14 Sekunden) lang gehalten wird. *Koka* und *Yuko* können nicht zu einer höheren Wertung aufaddiert werden.

Übertrieben defensives Kämpfen und Handlungen, die den Gegner verletzen oder gefährden könnten, sind verboten. Der Kampfrichter kann in diesen Fällen *Bestrafungen* aussprechen. Je nach Schwere des Verstoßes (*Shido*, *Chui*, *Keikoku*) wird dies bei der Ergebnisermittlung berücksichtigt oder führt gar zur Disqualifikation (*Hansoku-make*). *Shido* bedeutet ein *Koka*, *Chui* ein *Yuko* und *Keikoku* ein *Wazaari* für den Gegner.

Unter einer Vielzahl von *Wettkampfsystemen* haben sich die folgenden bewährt und finden regelmäßig im Bereich des Deutschen Judo-Bundes Anwendung: 1. das doppelte K.O.-System, 2. das System jeder gegen jeden, 3. das vorgepoolte K.O.-System, 4. die Mannschaftsliste. Im Jugendbereich werden vorwiegend die beiden ersten angewandt. Besteht eine Wettkampfklasse aus fünf Teilnehmern oder weniger, so wird im allgemeinen nach dem System jeder gegen jeden gekämpft. Bei sechs bis ca. 16 Teilnehmern findet meist das doppelte K.O.-System Anwendung, wobei jeder Kämpfer mindestens zwei Kämpfe absolvieren muß. Die Wettkampfgeregeln und -systeme, nach denen im Judo gekämpft wird, haben internationale Gültigkeit. [10, 18, 66]

### **Einteilung in Alters- und Gewichtsklassen**

Die Einteilung der Wettkämpfer erfolgt nach Alters- und Gewichtsklassen. Beide wurden für 1998 neu festgelegt, so daß im folgenden die alte und die neue Einteilung angegeben werden. Der Jugendbereich wurde früher altersmäßig aufsteigend in männliche und weibliche D-, C-, B- und A-Jugend eingeteilt.

Bis Ende 1997 galt folgende Altersklassen-Einteilung:

männlich:	U 11	weiblich:	U 11
	U 13		U 13
	U 15		U 16
	U 18		U 19

Seit Beginn 1998 gilt die neue Einteilung:

männlich: U 11	weiblich: U 11
U 13	U 14
U 15	U 17
U 18	U 20

Hierbei bedeutet „U“ unter, z.B. „U 11“ unter 11 Jahren.

Bis Ende 1997 galt folgende *Gewichtsklassen-Einteilung*:

männliche U 11	-22 kg	-24 kg	-26 kg	-28 kg	-30 kg	-33 kg	-36 kg	-40 kg	+40 kg
weibliche U 11	-22 kg	-24 kg	-26 kg	-28 kg	-30 kg	-33 kg	-36 kg	-40 kg	+40 kg
männliche U 13	-30 kg	-33 kg	-36 kg	-40 kg	-45 kg	-50 kg	-55 kg	-60 kg	+60 kg
weibliche U 13	-28 kg	-30 kg	-33 kg	-36 kg	-40 kg	-44 kg	-48 kg	-52 kg	+52 kg
männliche U 15	-36 kg	-40 kg	-45 kg	-50 kg	-55 kg	-60 kg	-65 kg	-71 kg	+71 kg
weibliche U 16	-36 kg	-40 kg	-44 kg	-48 kg	-52 kg	-56 kg	-61 kg	-66 kg	+66 kg
männliche U 18	-45 kg	-50 kg	-55 kg	-60 kg	-65 kg	-71 kg	-78 kg	+78 kg	
weibliche U 19	-44 kg	-48 kg	-52 kg	-56 kg	-61 kg	-66 kg	-72 kg	+72 kg	

Seit Anfang 1998 gelten neue Gewichtsklassen:

männliche U 11	-23 kg	-26 kg	-29 kg	-32 kg	-35 kg	-38 kg	-42 kg	-46 kg	+46 kg
weibliche U 11	-24 kg	-26 kg	-28 kg	-30 kg	-33 kg	-36 kg	-40 kg	-44 kg	+44 kg
männliche U 13	-38 kg	-42 kg	-46 kg	-50 kg	-55 kg	-60 kg	-66 kg	-73 kg	+73 kg
weibliche U 14	-33 kg	-36 kg	-40 kg	-44 kg	-48 kg	-52 kg	-57 kg	-63 kg	+63 kg
männliche U 15	-38 kg	-42 kg	-46 kg	-50 kg	-55 kg	-60 kg	-66 kg	-73 kg	+73 kg
weibliche U 17	-40 kg	-44 kg	-48 kg	-52 kg	-57 kg	-63 kg	-70 kg	+70 kg	
männliche U 18	-46 kg	-50 kg	-55 kg	-60 kg	-66 kg	-73 kg	-81 kg	-90 kg	+90 kg
weibliche U 20	-44 kg	-48 kg	-52 kg	-57 kg	-63 kg	-70 kg	-78 kg	+78 kg	

Judo-Wettkämpfe gibt es als Meisterschaften und Turniere in allen Altersstufen und auf den verschiedenen *Wettkampfebenen* von der Kreisklasse über die Bezirksklasse, auf Landesebene, überregionaler und nationaler Ebene bis zu den Weltmeisterschaften und Olympischen Spielen. Ab Bezirksklasse muß man sich jeweils für die nächst höhere Wettkampfebene qualifizieren, d.h. den 1. bis 3. Platz in seiner Wettkampfklasse belegen. Die individuelle Gewichtsklasse zum Zeitpunkt der Qualifikation muß bei den folgenden Wettkämpfen beibehalten werden. Nur in diesem speziellen Fall kann es wirklich notwendig sein, vor einem Wettkampf Gewicht abzutrainieren.

Ab Bezirksebene werden *Kaderlehrgänge* für Judoka durchgeführt, die sich auf der jeweiligen Wettkampfebene qualifiziert haben. Die Lehrgänge beinhalten mehrere Trainingseinheiten.

Im allgemeinen beginnt eine *Trainingseinheit* mit einer Aufwärmphase. Es schließen sich Übungen zur Verbesserung der Kondition und ein judotypisches Techniktraining an. Einen weiteren wichtigen Teil des Trainings bildet das Randori, der Übungskampf.

### **1.3.3 Spezielle Aspekte in Verbindung mit dem Wettkampf**

#### **Aufwärmen**

Das Aufwärmen vor einem Wettkampf [26] und vor jedem Training ist von entscheidender Bedeutung. Durch Erhöhung der Körpertemperatur laufen die für die motorischen Leistungen entscheidenden physiologischen Reaktionen mit einem günstigeren Wirkungsgrad ab: Verbesserung von Muskeltonus, Muskelelastizität, gesteigerte Erregbarkeit des Nervensystems, Erhöhung von Aufmerksamkeit und optischer Wahrnehmung durch Sensibilisierung der Hirntätigkeit. Das Aufwärmen sollte immer aktiv erfolgen. *HÖGBERG/LJUNGGREN* [26] empfehlen als Aufwärmarbeit Laufen über 15 bis 30 Minuten mit einer Geschwindigkeit von 12 km/h - ein Programm, das Judoka bei ihrer Wettkampfvorbereitung in der Halle nur schlecht durchführen können.

Nach sich allmählich steigernden Ganzkörperbewegungen mit einer großen Muskelmasse im Einsatz bis zur allgemeinen Durchwärmung, ersichtlich am leichten Schwitzen (z.B. beim Laufen), kommen beim Training Lockerungs-, Dehnungs- und spezielle Technikübungen zur Verbesserung von Flexibilität, Kraft und Koordination zur Anwendung. In der Wettkampfvorbereitung sind Lockerungs- und Dehnungsübungen problematisch, weil es hier auf die Schnellkraft ankommt, die eine erhöhte Grundspannung in den Muskeln erfordert.

Einheitlich beurteilt wird die Frage des optimalen zeitlichen Abstandes zwischen dem Aufwärmen und dem Wettkampfstart. Er sollte nicht mehr als 5 Minuten betragen. Nach 45 Minuten Ruhe ist der Aufwärmeeffekt nicht mehr nachweisbar [26]. Dies ist bei großen Judowettkämpfen sicherlich ein Problem, da zwischen allgemeinem Aufwärmen und Wettkampfbeginn bis zu zwei, drei Stunden vergehen können. Vor jedem einzelnen Kampf haben die Kämpfer meistens nur wenige Minuten Zeit, um sich nochmals aufzuwärmen.

#### **Dehnen**

Der Sinn des Dehnens vor einem Wettkampf sollte kritisch überdacht werden. Das sog. „Stretching“, also Halten in Endposition, gibt den Spannungsrezeptoren eine eher entspannende Information, und ein entspannter Muskel neigt eher zu Verletzungen. Um einen Muskel aber optimal auf Belastung vorzubereiten, ist es notwendig, die Spannung in der beanspruchten Muskulatur zu erhöhen. Dies erreicht man nach neueren wissenschaftlichen Erkenntnissen, wie *LIPPMANN* beschreibt [45], durch leichtes Nachfedern in der Endposition. Beim Training ist das Stretching sicherlich sinnvoll z.B. als Verkürzungsvorbeugung unmittelbar nach hoher Beanspruchung wie Krafttraining und körperbildender Gymnastik oder als Entspannung nach anstrengendem Training, besonders nach dem Randori (Übungskampf).

#### **Gewichtsabnahme vor dem Wettkampf**

Ein weiteres Problem im Zusammenhang mit dem Wettkampf ist das sog. „Gewichtmachen“, d.h. die Gewichtsabnahme vor dem Wettkampf um die bisherige Gewichtsklasse beizubehalten oder auch um durch schnelle Gewichtsabnahme in eine nächstniedrigere Gewichtsklasse zu kommen, mit dem Ziel eine größere Erfolgchance zu haben [49]. Dies ist bereits bei Kindern und Jugendlichen üblich und erfolgt durch Dauerbelastungen mit stärkerem Schwitzen, Reduzierung der Flüssigkeitsaufnahme und Vermeidung von Nahrungsaufnahme vor dem Wiegen, bei Erwachsenen auch durch Sauna, Abführmittel und Einnahme von wassertreibenden Substanzen.

Die schnelle Gewichtsabnahme kurz vor dem Wiegen erfolgt aktiv hauptsächlich durch Flüssigkeitsverlust; dieser bewirkt gleichzeitig auch einen Verlust von Mineralstoffen, die aber

wiederum für die Herz- und Muskelleistung von entscheidender Bedeutung sind. Die Folgen sind ein Gefühl von Abgeschlagenheit, Neigung zum Kreislaufkollaps, zu Muskelkrämpfen und damit zu einem Leistungsverlust.

Nach L. PERLECK [49] sollte die flüssigkeitsbedingte Gewichtsabnahme nicht mehr als 2 % des Körpergewichts betragen. Beträgt der Gewichtsverlust an Flüssigkeit mehr als 4 %, so sinkt die Leistung. Die Unterschiede in den Gewichtsklassen der Kinder und Jugendlichen betragen (zum Vergleich) 10 % des Körpergewichtes. Bei flüssigkeitsbedingter, schneller Gewichtsabnahme sollte unbedingt in den Wettkampfpausen und nach dem Wettkampf ein Mineralgetränk zugeführt werden. Sicherlich nicht von Vorteil, aber weitverbreitet v.a. bei Kindern und Jugendlichen, ist die Aufnahme größerer Nahrungsmengen nach dem Wiegen.

Wesentlich weniger belastend ist der langsame Gewichtsabbau durch Reduktionskost bis zu einer Woche vor dem Wettkampf. Dies sollte erfolgen unter Verminderung des Kohlehydrat- und Fettanteils und Vermehrung der Eiweißzufuhr bei ausreichender Flüssigkeitsaufnahme [49]. Wichtig ist, daß vor dem Wettkampf die körpereigenen Glykogenspeicher wieder aufgefüllt sind, da die Energie bei der Wettkampfbelastung zum großen Teil anaerob gewonnen wird, einmal durch Einsatz der energiereichen Phosphate und zum anderen durch den Abbau von Glykogen und Glukose [44]. Dahingegen wirkt sich z.B. ein zwei- bis viertägiger fast völliger Nahrungsverzicht direkt vor dem Wettkampf extrem negativ auf die Leistungsfähigkeit aus, denn in diesem Fall sind die Glykogenspeicher in Leber und Muskulatur fast völlig entleert [36].



## **2. HAUPTTEIL**

### **2.1 Darstellung der Sportverletzungen und Sportschäden beim Judo in der Literatur**

#### **2.1.1 Statistiken der Sportverletzungen und Sportschäden beim Judo**

Grundsätzlich unterscheidet man zwischen Sportverletzung und Sportschaden:

Nach COTTA [12] ist eine *Sportverletzung* allgemein Folge eines Unfalls bei sportlicher Tätigkeit, gelegentlich ist sie auch ganz sportartspezifisch. Gegner, Sportgerät und Bodenverhältnisse spielen ebenso wie unkoordinierte körpereigene Reflexe oder Ermüdungen eine ursächliche Rolle. Einen *Unfall* definiert FRANKE [15] als ein plötzliches Ereignis, das auf den menschlichen Körper einwirkt und einen körperlichen oder geistigen Schaden hervorruft.

Unter *Sportschaden* verstehen COTTA et al. [13] im engeren Sinne die vorwiegend beim Leistungssport aufgetretenen Folgen zahlreicher Mikrotraumatisierungen. Die Summe kleinster Verletzungen wird vom Athleten meist bagatellisiert oder nicht beachtet. Auch die bleibenden negativen Folgen nach einer typischen Sportverletzung bezeichnet man als Sportschaden, ebenso wie die durch sich ständig wiederholende Bewegungsabläufe entstehenden degenerativen Veränderungen. Nach ROMPE et al. [54] gibt es beim Judo nur sekundäre Sportschäden als Folge von Sportverletzungen und Mikrotraumen. Primäre Schäden durch monotone Bewegungsabläufe kommen seiner Ansicht nach im Judo nicht vor.

Nachfolgend sind beispielhaft einige Untersuchungen zur Häufigkeit der Judo-Verletzungen und zum Verletzungsmuster beschrieben.

Während in Japan, wo Judo als Nationalsport eine größere Rolle spielt, 12 % aller Sportverletzungen Judo-Verletzungen sind [42], liegt der Anteil in Mitteleuropa bei 1 % bis 4 % [60].

In der Orthopädischen Universitätsklinik Heidelberg wurden in den Jahren 1972 bis 1981 104 Judoka mit 120 Sportverletzungen behandelt. Das sind 1,3 Prozent bezogen auf 8204 Sportverletzungen und entspricht der 13. Stelle in der Verletzungsrangliste der Sportarten, die angeführt wird von Sportverletzungen im Fußball und im Turnen (Veröffentlichung von K. STEINBRÜCK [59]).

MENGE [46] wertete die beim Landessportbund Nordrhein-Westfalen in den Jahren 1978 und 1979 registrierten Schadensmeldungen aus. Er vergleicht die Zahl der Schadensmeldungen in einer Sportart mit der Zahl der versicherten Sportler und erhält so eine Rangfolge der Sportarten nach jeweiliger Gefährlichkeit. Judo erscheint in dieser Statistik innerhalb der Gruppe der Budo-Sportarten mit 1,7 Prozent an neunter Stelle (Vergleich: Volleyball 4,2 Prozent). Davon sind 80 Prozent Judo-Unfälle. Die Auswertung der 1979 in NRW gemeldeten 829 Judo-Unfälle ergab folgendes Verletzungsmuster: am häufigsten waren Verletzungen im Schultergürtelbereich (170 Verletzungen), gefolgt von Mittel- und Vorfuß (109 Verletzungen), Kopf (108 Verletzungen), Hand und Knie (je 88 Verletzungen).

*BRÜGGEMANN* [11] hat 1716 Verletzungen bei 410 Schwarzgurtträgern ausgewertet. Es handelte sich in ca. 85 Prozent der Fälle um Kontusionen und Distorsionen und in ca. 15 Prozent um Luxationen und Frakturen. Dabei waren hauptsächlich die Füße und die Knie sowie die Hände und die Schultern betroffen. Bei den 101 registrierten Sportschäden standen Wirbelsäulenerkrankungen eindeutig im Vordergrund.

*PERREN UND BIENER* [50] analysierten mittels Fragebogenanamnese 285 Judo-sport-verletzungen bei Männern und 49 bei Frauen. Der Kopf war in 10 % (Frauen 0 %) und die Beine in 35 % (Frauen 59 %) in Mitleidenschaft gezogen. Frakturen hatten 28 % der männlichen Sportler und 18 % den weiblichen.

Eine Untersuchung von *SCHERBAUM* [55] erfaßt 1661 Verletzungen bei insgesamt 270 Judoka im Alter von 16 bis 30 Jahren, davon 63 % Landes- und Bundeskaderathleten und 27% ohne Kaderzugehörigkeit. Er fand eine Häufung von Verletzungen der oberen Extremitäten (45% männliche Judoka, 42 % weibliche Judoka) und der unteren Extremitäten (29 % männliche Judoka und 37 % weibliche Judoka).

*GRASMÜCK* [23] analysierte nur die schweren Verletzungen (insgesamt 144) bei ausschließlich kaderangehörigen Judoka und fand bei 17 % Bandrupturen am lateralen oberen Sprunggelenk und bei 16 % Schultergelenkverletzungen, gefolgt von Frakturen (Unterarm, Clavicula, Unterschenkel, Mittelfuß, Mittelhand) und Meniskus- und Bandverletzungen am Knie. Erwähnenswert ist hier, daß noch ein Drittel der Judoka über Spätprobleme klagte.

Interessant ist auch eine Arbeit von *STERKOWICZ* [61], die 565 Unfälle von 70 polnischen Judoka in den Jahren 1977 bis 1980 umfaßt. Hier zeigt sich eine wesentlich geringere Unfallgefährdung bei Jugendlichen bis 17 Jahre im Vergleich zu erwachsenen Judoka ab 18 Jahre.

*GANSCHOW* [19] konnte in einer retrospektiven Studie an insgesamt 800 befragten Judoka verschiedener Altersklassen (Kindes- bis Erwachsenenalter) und Leistungsklassen 1907 Verletzungen der vorausgegangenen drei Jahre bei 680 Sportlern dokumentieren. Es dominierten Verletzungen der oberen Extremitäten und des Schultergürtels (46,4 %), gefolgt von Verletzungen der unteren Extremitäten (38,9 %), wobei es sich in der Mehrzahl der Fälle um Kapsel-Band-Verletzungen handelte. Die Verletzungsprofile von Breitensportlern waren mit denen von Leistungssportlern vergleichbar. Die Verletzungen der oberen Extremitäten und des Schultergürtels betrafen vornehmlich erfahrene Wettkämpfer, wohingegen Traumata der unteren Extremität und des Kopfes relativ häufiger bei unerfahrenen Judoka auftraten. Mit zunehmendem Lebensalter nahm die Verletzungsinzidenz deutlich zu.

Der Übersicht halber werden hier in etwas veränderter Form die von *SCHERBAUM* [55] verfaßten vergleichenden Tabellen der wichtigsten Statistiken wiedergegeben (Tab. 1, 2). Die Prozentangaben beziehen sich auf die Anzahl der Verletzungen.

Autoren	Brüggemann <sup>1</sup>	Menge <sup>2</sup>	Steinbrück <sup>3</sup>	Perren und Biener <sup>4</sup>	Scherbaum <sup>5</sup>	Ganschow <sup>6</sup>
Anzahl der Verletzungen	1716	829	120	285	1661	1907
Anzahl der Sportler	410	-	104	242	270	680
obere Extr. einschl. Schulter	39.9	42.6	32.5	23 (m), 12 (w)	46 (m), 42 (w)	46.6
obere Extr.	-	22.1	13.4	-	38 (m), 35 (w)	-
Wirbelsäule	16.9**	-	10	-	1 (m), 2 (w)	4.4
untere Extr.	43.2	33.8	50.8	35 (m), 59 (w)	32 (m), 39 (w)	38.9
Kopf	-	13	1.7	10 (m), 0 (w)	10 (m), 8 (w)	7.1
Schulter	-	20.5	19.1	-	8 (m), 7 (w)	16.9
sonstiges	-	10.6	-	22 (m), 29 (w)	11 (m), 9 (w)	3

Tab. 1: Vergleichende Darstellung der Lokalisation von Judo-Verletzungen (in Prozent) mehrerer Autoren

\*\* einschließlich Kopf und Brustkorb

Autoren	Brüggemann	Menge	Steinbrück	Perren und Biener	Scherbaum
Anzahl der Verletzungen	1716	829	120	285	1661
Anzahl der Sportler	410	-	104	242	270
Distorsionen	31.3	-	39.2	24 (m), 35 (w)	44 (m), 35.3 (w)
Kontusionen	54.3	-	11.7	14 (m), 13 (w)	15.7 (m), 14.1 (w)
Luxationen	6.3	4.5	2.5	12 (m), 4 (w)	6.3 (m), 6.1 (w)
Frakturen	8.1	35	17.5	28 (m), 18 (w)	7.2 (m), 8.8 (w)
Bandverletzungen	-	3.6	14.2	6 (m), 6 (w)*	6.1 (m), 16.4 (w)
Sehnenverletzungen	-	-	6.7**	-	0.3 (m), 0.0 (w)
Muskelverletzungen	-	-	-	3 (m), 8 (w)	11.3 (m), 6.7 (w)
sonstiges	-	56.9	8.2	13 (m), 16 (w)	9.1 (m), 12.6 (w)

Tab. 2: Darstellung der im Judo vorkommenden Verletzungsarten bezogen auf die Anzahl der Verletzungen (in Prozent) bei verschiedenen Autoren

\* einschließlich Sehnenverletzungen

\*\* einschließlich Muskelverletzungen

1: Dan-Träger NRW

2: Schadensmeldungen bei Sportversicherung NRW 1979

3: Judo-Verletzte in Sportambulanz der Orthopädischen Univ. Klinik Heidelberg

4: Judo-Sportunfälle Schweiz (Erwachsene, Nationalkader), über 10 Jahre

5: Verletzungen von Judoka an Leistungszentren (ab 16 Jahre)

6: alle Alters- und Leistungsklassen

7: Kinder und Jugendliche auf Breitensportebene

Aus den obigen Ausführungen erkennt man, daß

- nicht sehr viel Literatur vorliegt,
- die statistischen Angaben nicht direkt miteinander verglichen werden können (verschiedene Zeiträume mit dadurch sehr unterschiedlichem Verhältnis der Anzahl der Verletzungen zur Zahl der Verletzten, verschiedene Bezugsgruppen, verschiedene Kriterien),
- diese Literaturangaben meistens andere Alters- und Leistungsklassen betreffen als die vorliegende Arbeit,
- alle Studien - dies ist der entscheidende Unterschied zu meiner Untersuchung - retrospektiv erfaßt wurden.

### **2.1.2 Beschreibung der häufigsten judotypischen Verletzungen und des Verletzungshergangs**

Sportartspezifische Verletzungen im Judo sind bedingt durch den engen körperlichen Kontakt im Zweikampf mit dem Gegner oder Partner. Grundsätzlich können sie entstehen durch mangelnde Wurf- und Falltechnik, subjektives Fehlverhalten in Stand- und Bodenkampf sowie bei zu harter bzw. unfairer Kampfesführung. Sie sind abzugrenzen von zufälligen Sportverletzungen. Beim Judo gibt es auch typische Bagatellverletzungen, die in vielen Verletzungsstatistiken nicht erscheinen [62].

STRAUZENBERG [62] gibt, gegliedert nach der Lokalisation, die nachfolgende Aufstellung typischer Judoerletzungen. Zusätzlich werden die Entstehungsmechanismen beschrieben [42, 50, 54, 62].

#### **1. Sportverletzungen im Bereich der oberen Extremitäten:**

- *Distorsionen von Finger- oder Handgelenk:* Die Fingergelenke sind v.a. beim Griffkampf betroffen, u.zw. beim Einkrallen der Finger in das Revers bzw. beim Losreißen vom Judogi (s. Abb. 16, 17) oder durch Hängenbleiben im Jackenkragen beim Wurf. Die Distorsion des Daumengrundgelenkes erfolgt meist durch Sturz auf den gestreckten Daumen.
- *Fingernagelverletzungen:* Ursache sind meist zu lange Fingernägel, die bei kräftigem Ziehen am Judogi des Gegners einreißen können oder auch zu Riß- und Kratzwunden beim Gegner führen können. Analoges gilt für Zehennägel. Das Kurzschneiden der Finger- und Zehennägel ist im Regelwerk der IJF (International Judo Federation) vorgeschrieben.
- *Kontusionen und Hautabschürfungen des Ellenbogens* entstehen beim Abfangversuch oder Sturz auf den abgewinkelten Ellenbogen (s. Abb. 18), meist als Folge einer fehlerhaften Falltechnik oder als Versuch, einer Niederlage zu entgehen.



Abb.16: Lösen des gegnerischen Griffes (Anfangsphase)



Abb.17: Lösen des gegnerischen Griffes (Endphase)





Abb.18: Fehlreaktion durch Abfangen mit dem abgewinkelten Ellenbogen

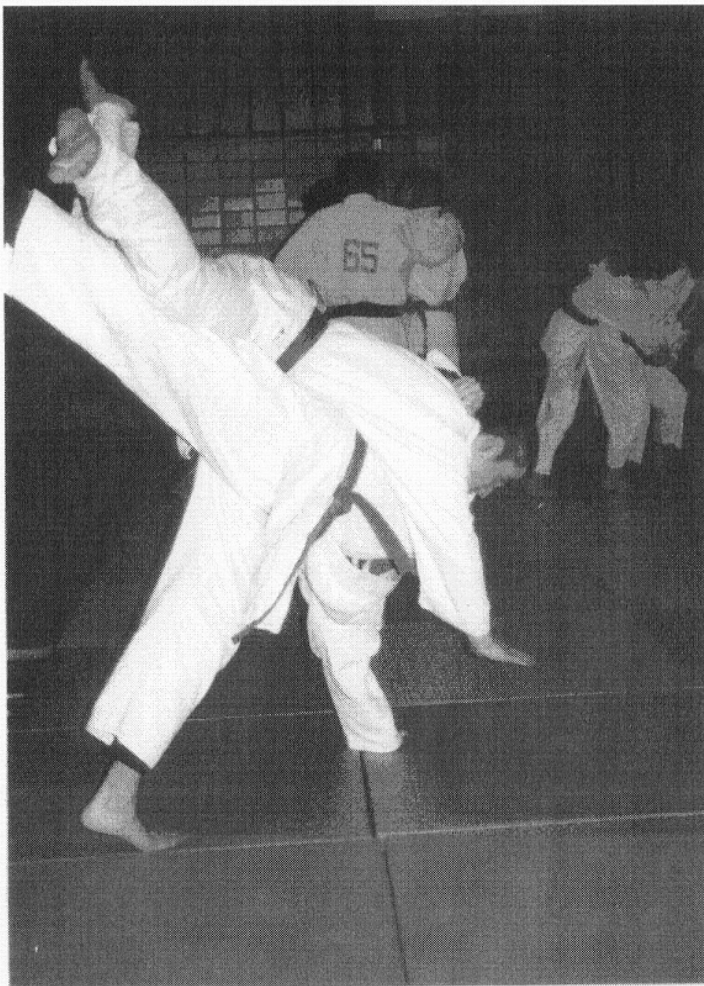


Abb.19: Fehlreaktion durch Abfangen mit dem gestreckten Arm



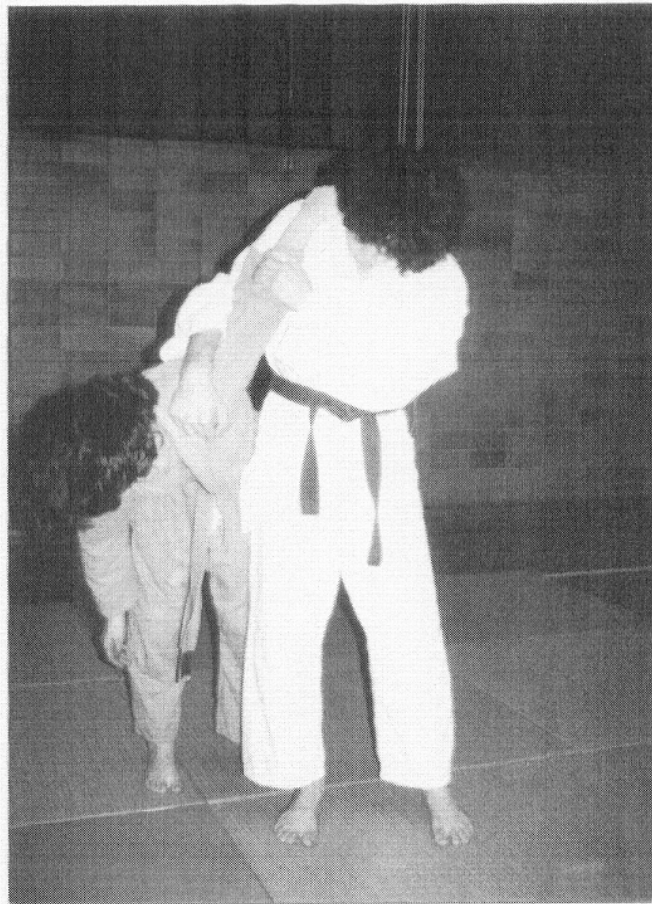


Abb.20: Demonstration eines Streckhebels als Übergang vom Stand- zum Bodenkampf (Waki-gatame)  
Hier erfolgt fast unvermeidlich eine forcierte Überstreckung des Ellenbogengelenks



Abb.21: Demonstration eines Supinationstraumas des Sprunggelenks durch einen mißglückten Fußwurf



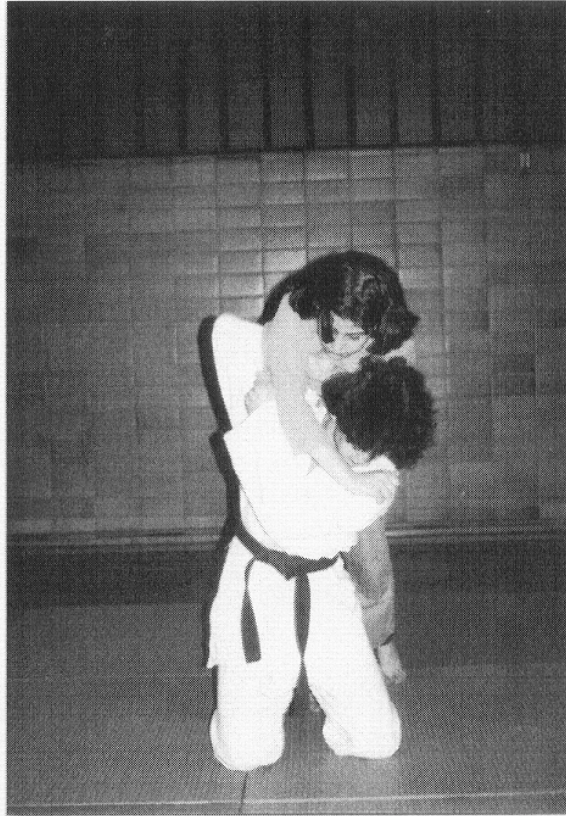


Abb.22: Demonstration des häufigen Aufpralltraumas auf die Knie beim falsch ausgeführten Morote-seoi-nage



Abb.23: Beispiel für mögliche Entstehung einer Kopf- und/oder HWS-Verletzung



- *Distorsion des Ellenbogengelenks* (besonders häufig): Ursache sind meist Stürze auf den gestreckten Arm (s. Abb. 19) oder überzogene Armhebel (s. Abb. 14, 15, 20), wenn nicht rechtzeitig als Zeichen der Aufgabe des Kampfes abgeklopft oder von vornherein ruckartig durchgezogen wird. Im Judo ist die Hebeltechnik nur am Ellenbogengelenk erlaubt: „Streckhebel“ mit Überdehnung und „Beugehebel“ mit Überdrehung des Gelenks und zum Teil auch schmerzhafter Wirkung auf das Schultergelenk.
- *Luxation des Ellenbogengelenks* (häufigste Luxationsform beim Judo): Diese entsteht durch direkten Sturz auf den gestreckten Arm (s. Abb. 19), oft bei schlecht beherrschter Fallschule oder beim Abfangversuch eines Niederwurfes.  
Bei den Ellenbogengelenksverletzungen lag Judo mit 5,9 % an 3. Stelle unter 50 Sportdisziplinen [54].
- *Frakturen im Unterarmbereich* (typische Radiusfraktur, komplette Unterarmfraktur, Stauchungsfraktur des Radiusköpfchens (selten): Diese entstehen ähnlich wie die Ellenbogenverletzungen durch mangelhafte Falltechnik oder Abstützen mit der Hand.
- *Schulterverletzungen* (Schulterkontusion, Subluxation oder Luxation des Akromioclavikulargelenks, Schulterluxation (seltener): Diese Läsionen erfolgen durch direkten Sturz auf die seitliche Schulter oder die Schulterhöhe bei unsauberer Wurftechnik bzw. mangelhafter Beherrschung der Falltechnik, oder wenn sich Tori in der letzten Wurfphase mit Uke nach vorn bzw. auf ihn fallen läßt (sog. Preßwurf). Judo hat von allen Sportdisziplinen den größten prozentualen Anteil an Schulterverletzungen.

*Clavikulafraktur* (relativ selten): Diese entsteht durch Fall auf den zum Abfedern vorgestreckten Arm bei Würfen oder wie bei vielen Schulterläsionen durch Preßwürfe.

*Muskelprellungen und -zerrungen* im Schultergürtelbereich entstehen durch direkte oder indirekte Gewalteinwirkung, fehlerhafte Techniken oder unkoordinierte Bewegungen.

## **2. Sportverletzungen im Bereich der unteren Extremitäten:**

- *Distorsion des Großzehengrundgelenkes* (typische Judoverletzung) erfolgt durch Hängenbleiben mit der Großzehe zwischen verrutschten Mattenteilen oder in der Kampfkleidung des Gegners.
- *Distorsion des Sprunggelenks*: Unfallmechanismus ist ein plötzliches Umknicken meist über den äußeren Fußrand durch Angriffe auf das Standbein (Fußwurftechniken, s. Abb. 21), zu weiche Matte, schnelle Körperdrehungen bei fixiertem Fuß und fehlerhafter Wurftechnik.
- *Kontusion des Schienbeins* (sehr häufig): Ursache sind harte, wiederholte Schläge mit der Fußinnenkante oder dem Fußrücken bei Fußwürfen (Fußegetechniken) oder unsportliche Tritte zum „Weichmachen“ des Gegners.
- *Kniegelenksverletzungen: Kontusionen* entstehen durch direktes Aufpralltrauma nach Fall mit oder ohne Partner sowie bei der Ausführung des tiefen Seoi-nage (s. Abb. 22).

*Distorsionen* werden verursacht durch fehlerhafte Technik bzw. Blockierung des Standbeines durch den Gegner bei übermäßiger Beanspruchung der Zugfestigkeit des Kniegelenkes. *Seitenbandverletzungen* kommen durch starken seitlichen Druck oder Schlag, gewaltsame Abknickung bzw. Drehmomente bei fehlerhafter Technik zustande. *Meniskusläsionen* werden ausgelöst durch scherende Kräfte während des Hineindreihens in Hüft- oder Schulterwürfe bei fixierter Fußstellung und kräftiger Drehbewegung des Rumpfes über dem gebeugten Kniegelenk. Der Meniskus kann durch häufige Mikrotraumen degenerieren und dann bei geringsten Anlässen einreißen.

### **3. Sportverletzungen an Thorax, Abdomen und Wirbelsäule:**

- *Rippenprellungen, Rippenfrakturen* entstehen durch Aufprall des Werfers auf den Thorax des Fallenden. Ursache ist nicht immer eine rücksichtslose Kampftechnik. Oft trägt der Fallende selbst die Schuld an seiner Verletzung, denn vielfach umklammert er den Werfenden, um sich bei einem Wurfansatz zu verteidigen, aus der Wurfbehinderung entsteht das „Hinfallen“ der Kämpfer. Die Wettkampfbregeln verbieten Tori, sich absichtlich nach hinten fallen zu lassen, wenn sich Uke von hinten festklammert bzw. solange noch einer der Kämpfer die Bewegungen des anderen unter Kontrolle hat.
- *Muskelzerrungen* (häufig äußere schräge Bauchmuskulatur betroffen) werden verursacht durch abrupte Abwehrbewegungen, schnelle Eindrehbewegungen und Haltegriffbefreiungen im Bodenkampf.
- *Hodenkontusion* (relativ häufig) kommt meist durch schlechten Wurfansatz zum Uchi-mata (Schenkelinnenwurf, s. Abb. 7) oder Tomoe-nage (s. Abb. 10) zustande, aber auch bei Verteidigungsaktionen gegen Wurftechniken.

*Vertebragene Schmerzsyndrome* beruhen meist auf funktionellen Störungen, die unter sportlicher Betätigung symptomatisch werden. Bei insuffizienter Rückenstreckmuskulatur erfolgt Schmerzauslösung nach Trainingsüberlastung, bei Wurfeindrehungen mit Partnerbelastung oder durch verstärkten Mattenaufprall. Verboten ist nach den Wettkampfbregeln jede Handlung, die den Hals oder die Wirbelsäule des Gegners ernsthaft verletzen könnte.

- *Kontusionen der Halswirbelsäule* treten leicht beim Bodenkampf auf, z.B. durch Haltegriffe. Die *HWS-Distorsion* entsteht durch den sog. Peitschenschlagmechanismus, wenn beim Fallen der Kopf nicht in Anteflexion fixiert ist. *Schwere HWS-Verletzungen* (Luxation, Luxationsfraktur, Wirbelkörperfraktur, Diskusprolaps) sind extrem selten [22, 67].
- *Kontusionen der Brustwirbelsäule* entstehen durch harten Aufprall mit dem Rücken auf die Matte, häufig nach unkontrolliertem Wurf durch den Gegner oder bei mangelnder Falltechnik. Verstärkte Beschwerden treten auf, wenn der Aufprall bei Inspiration erfolgt.
- Die *Distorsion der Lendenwirbelsäule* wird ausgelöst durch abrupte Körperbewegungen beim Abfangen eines Sturzes, fehlerhafte Eindrehtechniken (starke Hohlkreuzbildung) oder Verteidigungsaktionen über das Hohlkreuz.

#### **4. Sportverletzungen im Kopfbereich:**

- *Weichteilverletzungen im Bereich des Gesichtsschädels: Nasenbluten* ist eine harmlose, im Judo oft zu beobachtende Schlag- und Stoßverletzung. Ein *Othämatom* entsteht durch tangential abscherende Gewalteinwirkung unter zusätzlicher Belastung des Kopfes durch den Körper des Gegners. *Kopfplatzwunden* sind relativ selten und kommen zustande durch Kopfstoß oder tangentielle Verschiebung der Haut über harter Unterlage.
- *Schädel-Hirn-Trauma* (relativ selten): Ursache ist das Fallen auf den Kopf und Rücken durch unsachgemäßes Werfen und schlechtes Fallen (s. Abb. 23).
- *Akuter Bewußtseinsverlust* tritt auf durch einen zu lange anhaltenden Würgegriff auf die vorderen Halsorgane.

#### **2.1.3 Beschreibung der typischen Judoschäden und ihrer Ursachen**

Wie erwähnt entstehen Sportschäden beim Judo nur sekundär als Folge von Sportverletzungen und Mikrotraumen. Betroffen sind Kniegelenke, Sprunggelenke, Zehengelenke, Schultergelenke, Ellenbogengelenke, Fingergelenke und Wirbelsäule.

In erster Linie betreffen die Sportschäden das *Kniegelenk* mit der Insertionstendopathie des Ligamentum patellae am unteren Patellapol, dem sogenannten Patellaspitzensyndrom, und der Chondropathie des Kniegelenks [7].

Die *Chondropathia patellae* ist generell eine relativ häufige Erkrankung. In einer Untersuchung von STEININGER et al. [60] finden sich schon bei 17 % aller 8- bis 13-jährigen nicht sporttreibenden Kinder Chondropathie-Zeichen, bei sporttreibenden Kindern nimmt die Zahl der krankhaften Befunde in Abhängigkeit vom Trainingsalter von 16 % auf 45 % zu (im Durchschnitt 32 % der trainierenden Kinder). Die Ursachen der Chondropathia patellae sind multifaktoriell. Man unterscheidet endogene (konstitutionelle) und exogene (symptomatische) Ursachen. Bei den exogenen Faktoren spielen bei Kindern sich häufende Traumen, Mikrotraumen und dauernde Fehlbelastungen eine Rolle, jedes einzelne vielleicht unerheblich, aber in der Summe und in einer kurzzeitigen Aufeinanderfolge doch schädigend für das Gelenk. Auffällig war auch der schon in diesem Alter hohe Prozentsatz an Muskelverkürzungen (M. rectus femoris, M. tensor fasciae latae), der von 20 % mit zunehmendem Trainingsalter auf 40% anstieg. Möglicherweise entsteht durch die Summe solcher Faktoren (unabhängig von anderen konstitutionellen Ursachen) eine Überforderung des retropatellaren Knorpels, so daß die tolerierbare Belastungsgrenze in einzelnen Wachstumsphasen überschritten wird. Bezüglich des Judo konnte J. GERNHARDT [21] in seiner Dissertationsschrift zeigen, daß die Chondropathia patellae besonders am Übergang vom Kindes- zum Jugendalter auftritt. Er wies nach, daß signifikante Unterschiede in der relativen isometrischen Maximalkraft des M. quadriceps femoris vorliegen und zieht daraus den Schluß, daß für die trainingsmethodische Umsetzung von tiefen Eindrehtechniken wie z.B. dem tiefen Seoi-nage (s. Abb. 3) im allgemeinen die Kraftvoraussetzungen bei jungen Sportlern fehlen. Zu beachten sind sicherlich auch die häufigen Aufpralltraumen der Knie auf die Matte, wenn z.B. aus obigen Gründen keine technisch saubere Vollendung des Wurfes erreicht werden kann. Weiterhin konnte nachgewiesen werden, daß sich Kniegelenksverletzungen negativ auf die Kraftleistung des M. quadriceps femoris auswirken und somit ein gestörtes arthromuskuläres Gleichgewicht entsteht, das ebenfalls als ätiologischer Faktor für die Entstehung der Chondropathia patellae verantwortlich gemacht werden kann. Wichtig ist also auch die Schaffung eines optimalen Funktionszustandes der

Muskulatur nach Knieverletzungen, d.h. die Vermeidung der zu frühen Wiederaufnahme des judospezifischen Trainings. Die Chondropathia patellae stellt eine Präarthrose dar [32], und sollte daher auf jeden Fall behandelt werden.

Im Bereich der *Sprunggelenke* führen oft häufige Supinationstraumen zur Bandinstabilität mit nachfolgender Arthrose [62].

Interessant ist die Feststellung von *SCHERBAUM* [55], daß ältere (ca. 50- bis 60-jährige) ehemalige Spitzenjudoka häufig über schwere *Hüftarthrosen* klagen und zum Teil endoprothetisch versorgt werden mußten. Die Betroffenen führten dies auf die ständige Belastung zurück, die auftritt, wenn der Körper mit Schwung auf die Matte fällt, ohne diesem Schwung durch Abrollen entgegenzuwirken.

Auch am *Acromioclaviculargelenk* werden Arthrosen beobachtet [7].

Beim typischen Sportschaden am *Ellenbogengelenk*, dem „Judo-Ellenbogen“, wie ihn *GÜSSBACHER* [27] bezeichnet, handelt es sich um eine alle Gelenkabschnitte betreffende, zum Teil massive Arthrose mit reichlich freier Gelenkkörperentwicklung. Histologisch handelt es sich um eine posttraumatische Chondromatose.

Als Ursache sieht man in erster Linie die Summation mikrotraumatischer Schädigungen in Verbindung mit den nachfolgend beschriebenen sportartspezifischen Bewegungsabläufen an [19, 27]:

1. Forcierte Überstreckung des Ellenbogengelenks v.a. durch Armhebel, auch wenn diese kontrolliert angesetzt werden.
2. Hyperflexionsbewegungen im Ellenbogengelenk, wie sie zum Beispiel bei der Ausübung des Schulterwurfes Morote-seoi-nage (s. Abb. 3) auftreten.
3. Hohe Kräfte, die längsgerichtet auf das Gelenk treffen. Dies tritt auf, wenn ein Judoka versucht, einen gut ausgeführten Wurf, der für ihn die Niederlage bedeuten würde, letztendlich noch durch Auffangen des gesamten Körpergewichtes auf den gestreckten Arm zu verhindern.

Als typische Schäden an den *Fingern* finden sich Heberden-Arthrosen, Heberden-Knoten und Bouchard-Arthrosen. *FREY* und *MÜLLER* [16] untersuchten 30 Mitglieder des Schweizerischen Judo-Nationalkaders und fanden bei allen Judoka unabhängig vom Vorhandensein der Heberden-Knoten mäßig bis stark ausgeprägte Arthrosen der Fingerendgelenke. Gleichzeitig konnten meist klinisch und röntgenologisch Bouchard-Arthrosen festgestellt werden. Die Fingerend- und Fingermittelgelenksarthrosen verursachen kaum Beschwerden und sind oft nur röntgenologisch feststellbar. Ursache sind die Fehl- und Überbelastung der Gelenke durch die judospezifische Grifftechnik sowie die wiederholten Mikro- und auch Makrotraumen bei der Griffsprennung durch den Gegner. Dies scheint aber nur dann für eine schon im jugendlichen Alter auftretende Polyarthrose ausreichend, wenn der Judo-Sport wettkampfmäßig ausgeübt wird und eine Trainingszeit von fünf bis zehn Jahren vorausgeht. Das Auftreten von Heberden-Knoten scheint an akutere Traumen gebunden zu sein, da sich ein Zusammenhang mit der bevorzugten Grifftechnik fand, dem Griff am Ärmel des Gegners, der diesen stark einschränkt und durch ruckartiges Losreißen zu lösen versucht wird.

Von Bedeutung für das Kindes- und Jugendalter ist auch die Frage, inwieweit der Judoport die jugendliche Wirbelsäule belastet. *J. APEL* [2] schließt eine erhöhte Gefahr für die

Entstehung von *Wirbelsäulenschäden* durch langjähriges Judotraining im Entwicklungsalter aus, unter der Voraussetzung, daß nur gesunde Wirbelsäulen belastet werden. Eine besondere Gefährdung besteht in der zweiten Wachstumsphase jenseits des 12. Lebensjahres. *GROH* [24] vertritt die Ansicht, daß die jugendliche Wirbelsäule zwar im allgemeinen den Anforderungen sportlicher Beanspruchung gewachsen ist, aber er hebt ihre Trauma-Empfindlichkeit hervor. Die Gefährdung der wachstumsgestörten jugendlichen Wirbelsäule dagegen sieht er als gesicherte Tatsache an.

Die Technik des Judoports beinhaltet in hohem Maße Biege- und Torsionsbelastungen der Wirbelsäule, häufig in Kombination [2]. So wird beispielsweise beim sogenannten Eindrehen die Wirbelsäule leicht anteflektiert und in dieser Stellung torquiert. Die Gefahr von Überlastungsschäden besteht vor allem bei einseitiger Ausübung dieser Technik. Biegebelastungen beanspruchen vorwiegend die Bandscheiben.

Sehr ungünstig einzuschätzen sind auch die fehlerhafte Eindrehtechnik mit Hohlkreuzbildung, sowie die z.T. massiven Verdrehungen der Wirbelsäule während des Bodenkampfes. Forcierte Retroflexionen der Wirbelsäule finden sich bei bestimmten Würfen, wie dem O-soto-gari. Druckbelastungen des Achsenorgans stellen der Uki-goshi, Seoi-nage (s. Abb. 3, 4) und Ura-nage dar. Im Gegensatz zu anderen Sportarten werden beim Judo die einwirkenden Kräfte durch das Gewicht des Partners wesentlich erhöht.

Trotz dieser genannten Schädigungsmöglichkeiten konnte *APEL* [2] keine Gefährdung der Wirbelsäule nachweisen. Auch bei drei jugendlichen Judoka mit bereits vorbestehender juveniler Osteochondrose fand sich keine Verschlechterung. Lediglich die Spondylolisthesis sieht er als Kontraindikationen.

Besonders oft treten beim Judo, wie unter 2.1.2 beschrieben, *Distorsionen der Halswirbelsäule* auf. Mit der Häufung dieser oft kaum bemerkten Distorsionen kommt es zu spondylotischen und spondylarthrotischen Veränderungen der Halswirbelsäule [29].

Bei den erwachsenen Judoka ergeben sich noch andere Aspekte. In Untersuchungen von *KUTSCHERA* [41] und *MENGE* [46] wiesen 10 % der erwachsenen Judoportler (Leistungssport) chronische Schmerzzustände im Wirbelsäulenbereich auf. Auch *GANSCHOW* [19] fand eine hohe Zahl erwachsener Judoka mit rezidivierenden Rückenschmerzen und muskulären Problemen. Er führt dies auf die Fehlbelastung durch eine über Jahre andauernde technisch unzureichende Ausführung bestimmter Wurftechniken (Aushebetechniken) zurück, sowie auf die bei seiner Untersuchung häufig festgestellten Befunde muskulärer Dysbalancen und unzureichend dehnbarer Muskulatur.

Ist durch die oben genannten Schädigungen im Lauf der Zeit eine *Arthrose* eingetreten, so kann auch dann noch eine hohe sportliche Leistungsfähigkeit auch im Leistungs- und Hochleistungsbereich erhalten bleiben [28]. Wichtig ist hierbei eine weitgehend seitengleiche Extremitätenbemuskulung. *A. GÜSSBACHER* ist der Meinung, daß noch immer und gerade beim arthrotisch veränderten Gelenk oder Wirbelsäulenabschnitt eine trainierte Muskulatur der beste Gelenkschutz ist. Er fand bei einer Untersuchung von Nationalmannschaftsmitgliedern im Judo bei 54 % auffällige röntgenmorphologische Veränderungen, davon 21 % primär degenerativ, 31 % posttraumatisch und 2 % juvenile Aufbaustörungen.

## **2.2 Methode der eigenen Datenerfassung**

Von Februar 1997 bis März 1998 wurden alle offiziellen Meisterschaften und alle größeren Turniere (insgesamt 14) im Bezirk Wetterau besucht und ausgewertet, davon 4 Kreismeisterschaften im Bezirk Wetterau, 4 Bezirksmeisterschaften (Bezirk Wetterau), 3 Wettkämpfe auf hessischer Ebene (1 hessische Einzelmeisterschaft U15, 1 hessische Kyu-Meisterschaft U15,

1 Hessenpokal = hessische Mannschaftsmeisterschaft U15/U16) und 3 lokale Turniere. Weiterhin besuchte ich in diesem Zeitraum 4 Bezirksskaderlehrgänge und einen privaten Lehrgang.

Für meine Datenerhebung habe ich zwei Fragebögen entwickelt, sowie einen Bogen für die orthopädische Untersuchung.

Eine Auflistung der Wettkämpfe und Lehrgänge, sowie der Inhalt der beiden Fragebögen und des Untersuchungsbogens ist im Anhang wiedergegeben.

Anhand der *Fragebögen* wurden die Verletzten zu folgenden Inhalten befragt:

- Persönliche Daten und sportliche Anamnese
- Verletzungshergang und äußere Gegebenheiten bei der Verletzung
- Lokalisation und Art der Verletzung
- Frühere Verletzungen

Diese Fragebögen wurden modifiziert nach Wettkampf und Lehrgang. Winzige Verletzungen, wie z.B. kleine Wunden, wurden lediglich numerisch registriert.

Ferner wurden alle Vereine im Bezirk angeschrieben, mit der Bitte, bei Verletzungen im Training den Lehrgangs-Fragebogen ausfüllen zu lassen und zurückzusenden.

Es konnten insgesamt 129 Fragebögen ausgewertet werden von 107 Judoka, davon 86 Wettkampfverletzungen, 30 Lehrgangsverletzungen und 13 Trainingsverletzungen.

55 der 107 Judoka wurden später während des Trainings im heimatlichen Verein oder bei den Lehrgängen orthopädisch nachuntersucht.

## **2.3 Darstellung der erfaßten Daten**

### **2.3.1 Häufigkeit der Verletzungen**

#### **2.3.1.1 Häufigkeit der Wettkampfverletzungen**

An den 14 ausgewerteten Judowettkämpfen nahmen 1705 Judoka der Altersgruppen U11 bis U18/U19 teil. Von den 1705 Teilnehmern verletzten sich 163 Judoka; das bedeutet eine Verletzten-Quote von 9,6 %.

Von allen Verletzten wurde die Verletzungsdiagnose festgehalten. Dabei zeigte sich, daß in 33 Fällen, das sind 1,9 % der Teilnehmer, lediglich Bagatellverletzungen vorlagen.

Zieht man diese von der Gesamtzahl der Verletzten ab, so verbleiben noch 130 Judoka mit leichten bis schweren Verletzungen; das sind 7,6 % aller Teilnehmer.

Von diesen ließen sich 84 anamnestisch durch den Fragebogen erfassen; das sind 4,9 % der Wettkampfteilnehmer.

Die 33 Bagatellverletzungen teilten sich folgendermaßen auf:

Diagnose	Anzahl
Epistaxis	2
eingerrissene Fingernägel	2
eingerrissene Zehennägel	5
Umknicken des Großzehennagels	1
Hautabschürfungen	6
Lippenplatzwunden	4
andere kleine Reiß- und Platzwunden	7
Zahnabdrücke auf Haut- und Unterlippenschleimhaut	2
minimale Kontusionen (Schädel, linker Unterarm, linkes Ohr)	3
inadäquate Okklusion des Gebisses	1

Tab. 3: nicht durch Fragebögen registrierte Bagatellverletzungen

Die 46 nur bezüglich der Diagnose registrierten Verletzungen, die nicht durch Fragebögen erfaßt werden konnten, teilten sich wie folgt auf:

Diagnose	Anzahl
Schädelkontusion	3
Gesichtsschädelkontusion (Stirn, Nasenbein, linker Jochbogen)	3
Kontusion des Schädels und des Thorax	1
Kontusion rechtes Ohr	1
Cephalgie nach Würgegriff	1
Distorsion der HWS	3
Kontusion der HWS	2
akute Dyspnoe bei Haltegriff	2
Thoraxkontusion	5
akute Dyspnoe bei Thoraxkontusion dorsal	1
akute Dyspnoe	3
stumpfes Bauchtrauma	3
Kontusion der BWS	2
Kontusion der BWS/LWS	1
Schulterkontusion (3 rechts /1 links)	4
Distorsion des Ellenbogens	1
Kontusion der Fingergrundgelenke 2 bis 5 (rechts)	1
Kontusion der Hüfte (1 rechts /1links)	2
Kniedistorsion (links)	1
Chondropathia patellae (rechts)	1
Kontusion der Wade (rechts)	1
Zerrung der Unterschenkelmuskulatur (links)	1
Außenbandzerrung OSG (links)	1

Tab. 4: nicht durch Fragebögen registrierte Verletzungen

### **2.3.1.2 Häufigkeit der Lehrgangsverletzungen**

Ausgewertet wurden 4 Bezirkslehrgänge 1997 mit insgesamt 88 Teilnehmern. Es gab 33 Lehrgangsverletzte (37,5 %), davon 5 mit Bagatellverletzungen. 28 Verletzte (32 % der Teilnehmer) wurden mit Fragebogen erfaßt.

Der private Lehrgang konnte zahlenmäßig nicht exakt ausgewertet werden, da hier Junioren und Erwachsene teilnahmen.

### **2.3.2 Allgemeine Statistiken der Wettkampfteilnehmer**

Aus den Wettkampflisten, die mir von den austragenden Vereinen zur Verfügung gestellt wurden, konnte ich für eine Gruppe von 493 Judoka eine statistische Auswertung bezüglich Geschlecht, Altersgruppe und Gewichtsklasse durchführen. Bezüglich dieser Parameter kann im folgenden eine Aussage zur Verletzungshäufigkeit getroffen werden. Von den 493 Judoka konnten 21 Verletzte mit Fragebogen erfaßt werden, das sind 4,3 % dieser Gruppe.

#### **Verteilung der ausgewerteten Wettkampfteilnehmer nach Geschlecht:**

Von den erfaßten 493 Judoka sind 371 (75 %) männlich, 122 (25 %) weiblich. Von den Verletzten sind 15 (71,4 %) männlich und 6 (28,6 %) weiblich. Die Verteilung der Verletzten bezüglich des Geschlechts entspricht der Gesamtverteilung (s. Abb. 24).

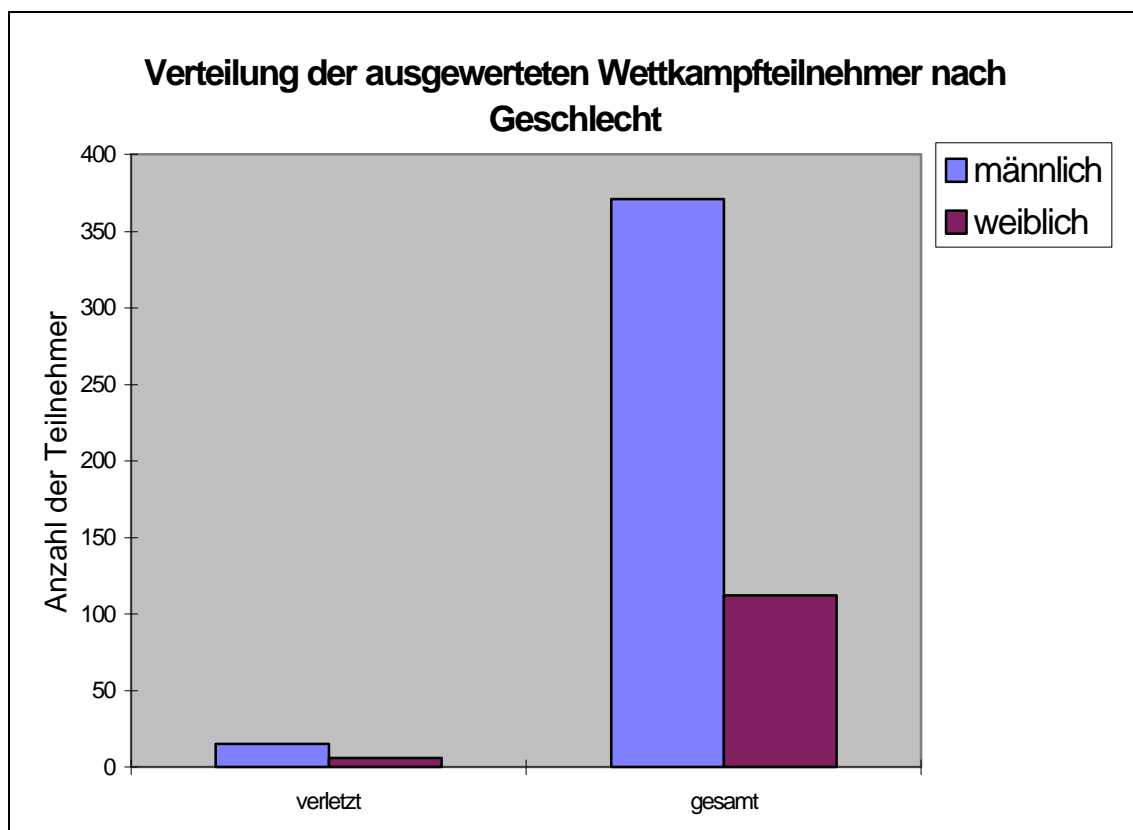


Abb. 24: Verteilung der ausgewerteten Wettkampfteilnehmer nach Geschlecht



### Verteilung der ausgewerteten Wettkampfteilnehmer auf Altersgruppen:

Die erfaßten 493 Judoka verteilen sich wie folgt auf die vier Altersgruppen: 91 Judoka (18,5%) U18/U19, 183 Judoka (37,1 %) U15/U16, 76 Judoka (15,4 %) U13, 143 Judoka (29 %) U11.

Von den 21 Verletzten waren 6 (28,6 %) U18/U19, 7 (33,3 %) U15/U16, 3 (14,3 %) U13 und 5 (23,8 %) U11.

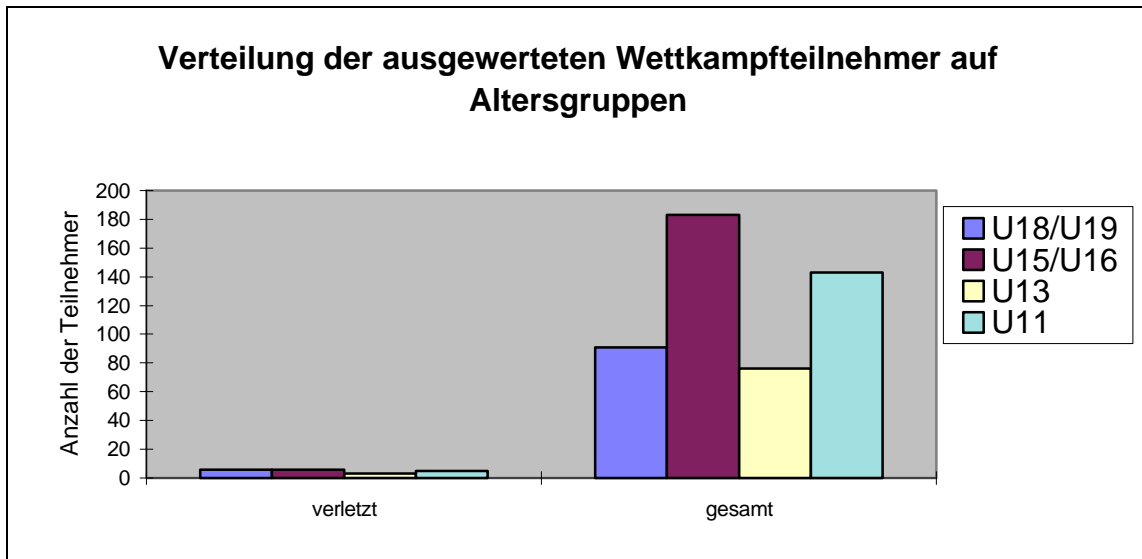


Abb. 25: Verteilung der ausgewerteten Wettkampfteilnehmer auf Altersgruppen

Es überwiegen die Altersgruppen U15/U16 und U11. Die Altersgruppe U13 ist die kleinste Gruppe. Die U18/U19 ist bei den Verletzten etwas stärker vertreten als im Gesamtbild.

### Verteilung der ausgewerteten Wettkampfteilnehmer nach Geschlecht und Altersgruppe:

Die Geschlechter männlich zu weiblich verteilen sich in den Altersgruppen wie folgt: U18/U19 64 zu 27 Judoka (70,3 % : 29,7 %), U15/U16 155 zu 28 Judoka (84,7 % : 15,3 %), U13 47 zu 29 Judoka (61,8 % : 38,2 %), U11 105 zu 38 Judoka (73,4 % : 26,6 %).

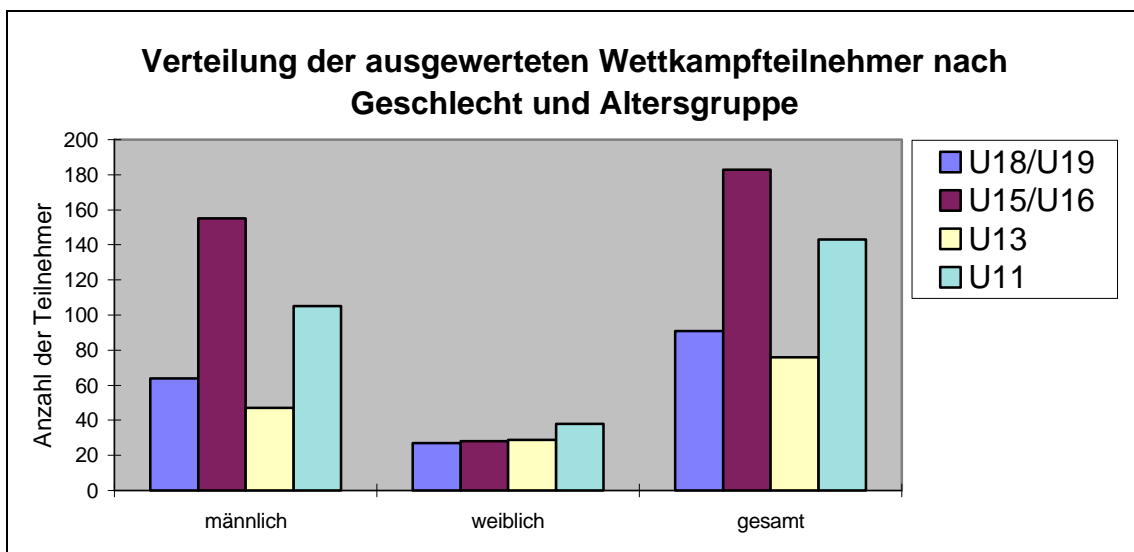


Abb. 26: Verteilung der ausgewerteten Wettkampfteilnehmer nach Geschlecht und Altersgruppe

Vergleicht man in jeder Altersgruppe das Geschlechterverhältnis mit dem Durchschnitt des Gesamtfeldes ( $m : w = 3 : 1$ ), so fällt auf, daß der weibliche Anteil bei U13 mit 38,2 % über dem Durchschnitt von 25 % liegt und bei U16 mit nur 15,3 % darunter.

Bei der zahlenmäßig stärksten Altersgruppe U15/U16 liegen die männlichen Judoka mit einem Anteil von 84,7% über dem männlichen Durchschnitt von 75 %.

### Verteilung der ausgewerteten Wettkampfteilnehmer bezüglich Gewichtsklassen:

Wie unter 1.3.2 beschrieben sind die Gewichtsklassen altersgruppen- und geschlechtsabhängig. Es existieren pro Gruppe jeweils 8 bis 9 Gewichtsklassen. Im folgenden beziehe ich mich immer auf diese (nach Altersgruppe und Geschlecht unterschiedlichen) 9 Gewichtsklassen (GK). GK 1 ist jeweils die leichteste und GK 8 bzw. GK 9 die schwerste Gewichtsklasse.

Die 493 Judoka verteilen sich folgendermaßen auf die 9 Gewichtsklassen (GK): 59 Judoka (12 %) in GK 1, 58 Judoka (11,8 %) in GK 2, 76 Judoka (15,4 %) in GK 3, 86 Judoka (17,4 %) in GK 4, 79 Judoka (16 %) in GK 5, 44 Judoka (8,9 %) in GK 6, 42 Judoka (8,5 %) in GK 7, 26 Judoka (5,3 %) in GK 8, 23 Judoka (4,7 %) in GK 9.

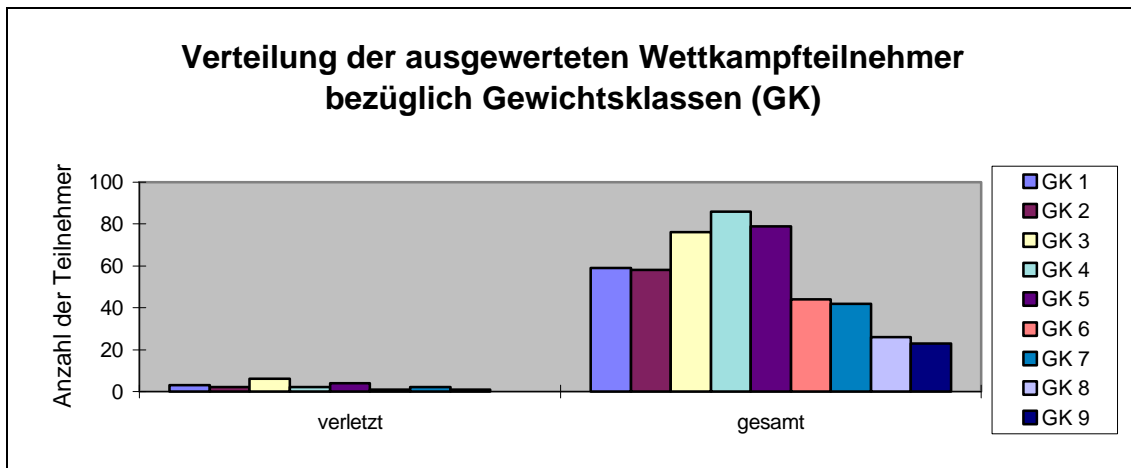


Abb. 27: Verteilung der ausgewerteten Wettkampfteilnehmer bezüglich Gewichtsklassen

Der größte Anteil fällt in die Gewichtsklassen 3 bis 5, ab Gewichtsklasse 6 nimmt die Anzahl stetig ab und ist in Gewichtsklasse 9 am geringsten.

Ähnlich verhält es sich, wenn man jeweils 3 aufeinanderfolgende Gewichtsklassen zusammenfaßt.

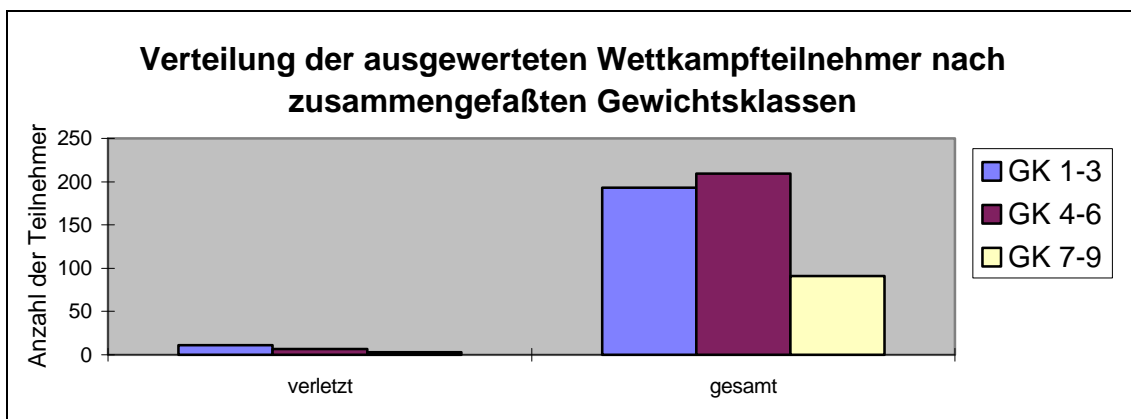


Abb. 28: Verteilung der ausgewerteten Wettkampfteilnehmer bezüglich zusammengefaßter Gewichtsklassen

Hier sind die Gewichtsklassen 1 bis 3 und 4 bis 6 annähernd gleich stark mit 193 Judoka (39,1 %) bzw. 209 Judoka (42,4 %) im Vergleich zu den hohen Gewichtsklassen 7 bis 9 mit 91 Judoka (18,5 %). Die meisten Wettkampfverletzten befinden sich bei den Leicht- und Mittelgewichten, und nur wenige bei den Schwergewichten.

### **2.3.3 Daten zu den Verletzungen allgemein, der Verletzungslokalisation und -art**

Insgesamt können 129 verschiedene Verletzungen bei 107 jugendlichen Judoka ausgewertet werden.

Einige Judoka werden wegen verschiedener Verletzungen bei unterschiedlichen Veranstaltungen mehrfach erfaßt. Ich unterscheide daher in meinen Statistiken die Begriffe „Verletzte“ und „Verletzungen“. Diese Unterscheidung ist auch notwendig, um meine Ergebnisse mit denen anderer Autoren vergleichen zu können.

Die Anzahl der Verletzungen teilt sich wie folgt auf:

- Wettkampfverletzungen 86 ( 67 % )
- Lehrgangsverletzungen 30 ( 23 % )
- Trainingsverletzungen 13 ( 10 % )

Wie oben erwähnt sind hierbei Bagatellverletzungen wie kleine Hautabschürfungen, eingerissene Nägel usw. nur bezüglich Art und Anzahl registriert.

### **Geschlechtsverteilung**

Die Gesamtzahl der Verletzten beträgt 107, davon 75 (70.1 %) männliche Judoka und 32 (29,9 %) weibliche Judoka.

In den Altersgruppen findet sich bei den Verletzten folgende Geschlechtsverteilung (männlich zu weiblich): U18/U19 16 zu 13 Judoka (55,2 % : 44,8 %), U15/U16 28 zu 8 Judoka (77,8 % : 22,2 %), U13 18 zu 4 Judoka (81,8 % : 18,2 %), U11 13 zu 7 Judoka (65 % : 35 %).

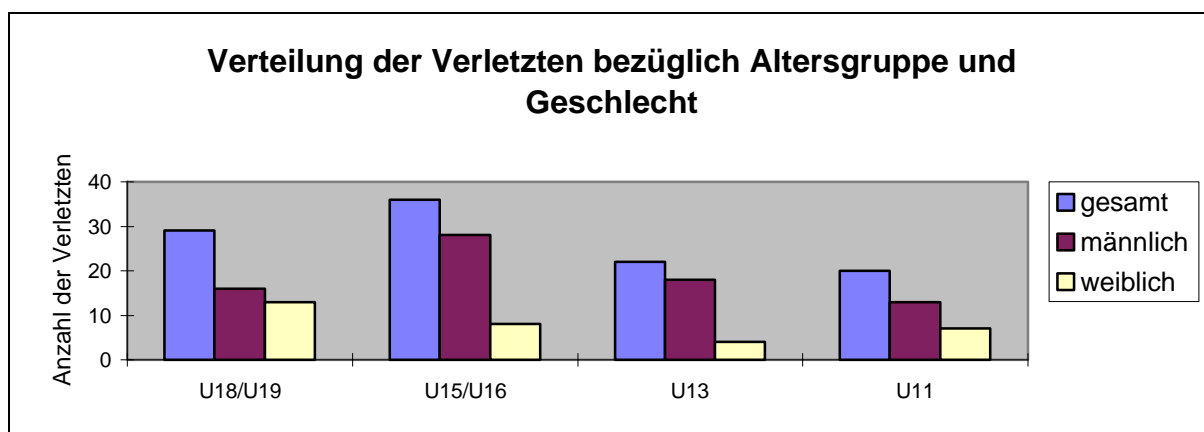


Abb. 29: Verteilung der Verletzten bezüglich Geschlecht und Altersgruppe

Vergleicht man die Geschlechtsverteilung der Verletzten mit der allgemeinen Verteilung in Abb. 26, so fällt der hohe Anteil der weiblichen Verletzten in der Altersgruppe U18/U19 auf.

Die Altersgruppe U13 hat den niedrigsten Anteil an weiblichen Verletzten und dafür den höchsten Anteil männlicher Verletzter. Interessant ist hierbei, daß gerade in dieser Altersgruppe mit dem höchsten Mädchenanteil die weibliche Verletzungsquote am niedrigsten ist.

In den Altersgruppen U15/U16 und U11 liegt die weibliche Verletzungsquote über dem Durchschnitt der weiblichen Wettkampfteilnehmer.

Die Verteilung der Verletzungen auf die Geschlechter wird in Abb. 30 dargestellt. Sie ist für alle Kategorien weitgehend gleich.

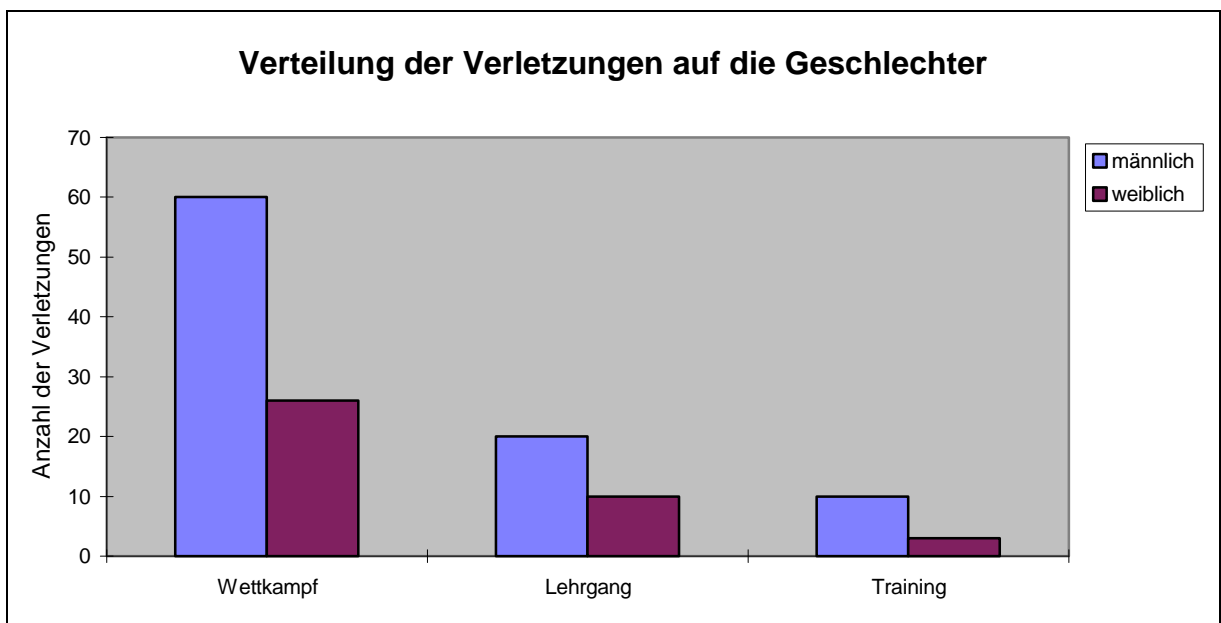


Abb. 30: Verteilung der Verletzungen auf die Geschlechter

Vergleicht man die Geschlechtsverteilung bei den Wettkampfverletzungen (70 % : 29,9 %) mit der Geschlechtsverteilung der genauer ausgewerteten 493 Wettkampfteilnehmer (75 % : 25 %, s. Abb. 24), so zeigt sich eine tendenziell höhere Verletzungsquote der Mädchen.

### **Verteilung der Verletzungen auf die Altersgruppen**

Die folgende Abbildung zeigt, daß sich die Wettkampfverletzungen auf alle Altersgruppen annähernd gleichmäßig verteilen: U18/U19 18 Verletzungen (20,9 %), U15/U16 25 Verletzungen (29,1 %), U13 21 Verletzungen (24,4 %), U11 22 Verletzungen (25,6 %).

Die Lehrgangsverletzungen betreffen vorwiegend die Jugendlichen der Altersgruppen U18/U19 und U15/U16, da nur erfahrene ältere Jugendliche an den Lehrgängen teilnehmen können. Es wurde hier lediglich ein Jugendlicher der Altersgruppe U13 erfaßt.

Die Zahl der Trainingsverletzungen nimmt mit dem Alter der Judoka zu.

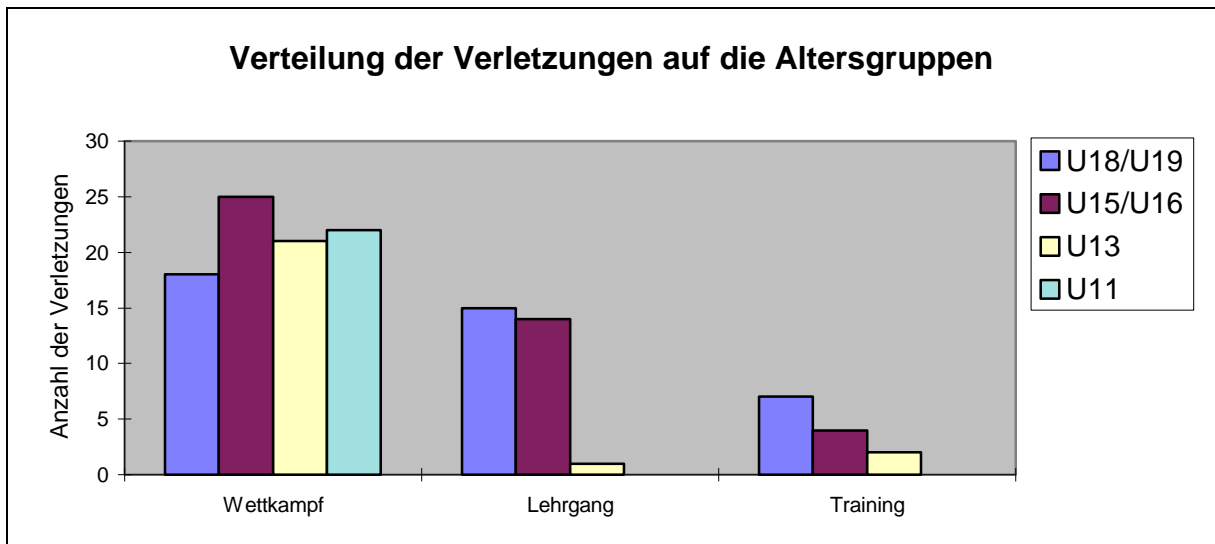


Abb. 31: Verteilung der Verletzungen auf die Altersgruppen

Vergleicht man die Verteilung aller Wettkampfverletzungen auf die Altersgruppen mit der Altersgruppenverteilung der genauer ausgewerteten 493 Wettkampfteilnehmer (s. Abb.25), so ergibt sich eine geringere Zahl an Verletzungen bei U15/U16 (29,1 % versus 37,1 %) und eine höhere Zahl an Verletzungen bei U13 (24,4 % versus 15,4 %).

### Verteilung der Verletzungen bezüglich Gewichtsklasse

Die Gewichtsklassenverteilung nach Altersgruppe und Geschlecht für das Jahr 1997 ist im einleitenden Teil der Arbeit unter 1.3.2 angegeben. Die wenigen Verletzungen von 1998 wurden der Einfachheit halber nach dieser Einteilung eingeordnet. Unter 1 steht jeweils die leichteste, unter 9 die schwerste Gewichtsklasse.

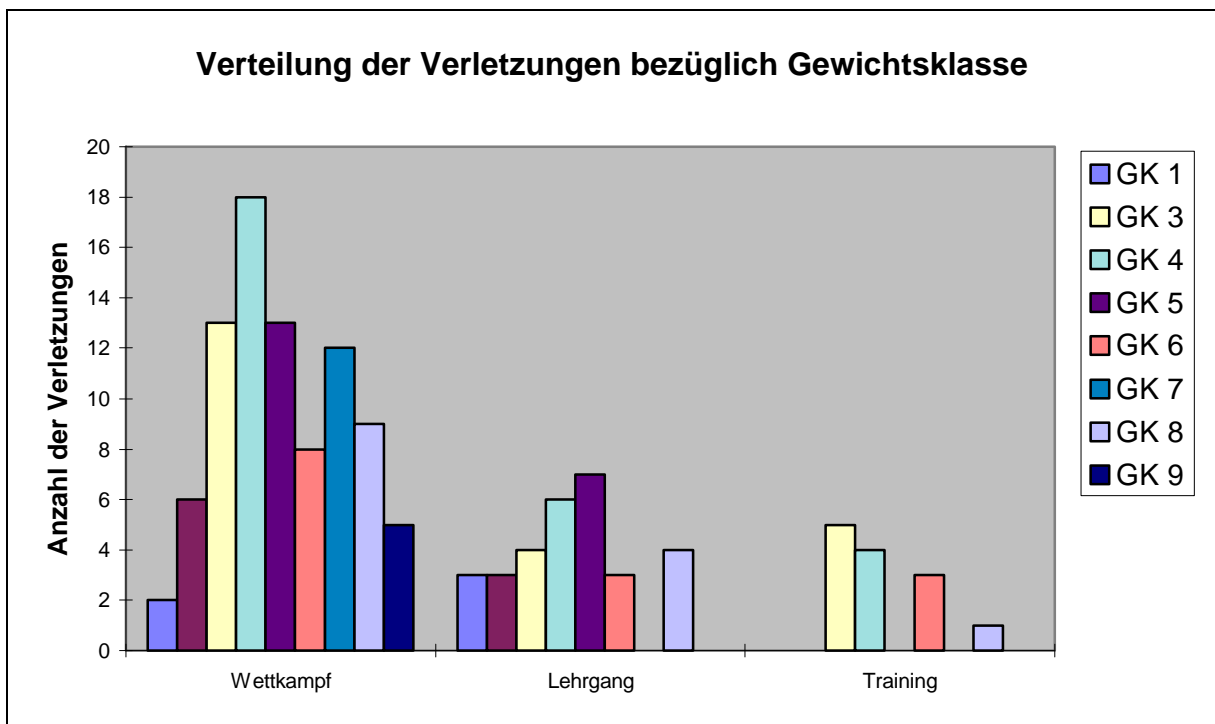


Abb. 32: Verteilung der Verletzungen bezüglich Gewichtsklasse

Die Verletzungen verteilen sich häufiger auf die mittleren Gewichtsklassen. Verletzungen bei Leicht- und Schwergewichten treten nicht gehäuft auf.

Die 86 Wettkampfverletzungen verteilen sich wie folgt auf die 9 Gewichtsklassen (GK): 2 Verletzungen (2,3 %) betreffen GK 1, 6 (7 %) GK 2, 13 (15,1 %) GK 3, 18 (20,9 %) GK 4, 13 (15,1 %) GK 5, 8 (9,3 %) GK 6, 12 (14 %) GK 7, 9 (10,5 %) GK 8 und 5 (5,8 %) GK 9.

Vergleicht man aber die prozentuale Verteilung der Wettkampfverletzungen auf die Gewichtsklassen mit der prozentualen Verteilung der genauer ausgewerteten 493 Wettkampfteilnehmer auf diese Gewichtsklassen (s. Abb. 27), so findet sich eine deutlich niedrigere Verletzungsrate bei GK 1 (mit 2,3 % versus 12 %) und auch bei GK 2 (mit 7 % versus 11,8 %). Dagegen zeigen die GK 7 (mit 14 % versus 8,5 %) und die GK 8 (mit 10,5 % versus 5,3 %) eine höhere Verletzungsrate bei Wettkämpfen.

Faßt man die Gewichtsklassen 1 bis 3, 4 bis 6 und 7 bis 9 zusammen, so fand sich folgende Aufteilung der Verletzungen:

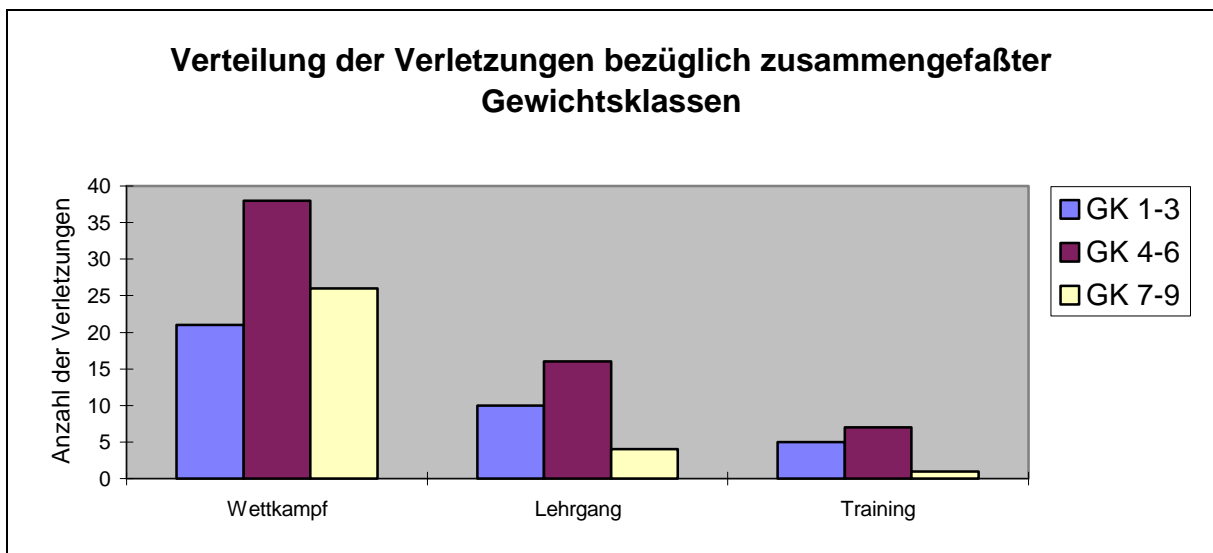


Abb. 33: Verteilung der Verletzungen bezüglich zusammengefaßter Gewichtsklassen

Wendet man auf die zusammengefaßten Gewichtsklassen bezüglich der Wettkampfverletzungen obiges Vergleichsverfahren an, so zeigt sich auch hier dieselbe Tendenz: ein deutlich geringeres Verletzungsrisiko bei Leichtgewichten (24,7 % versus 39,1%) und ein deutlich höheres bei Schwergewichten (30,6 % versus 18,5 %).

Betrachtet man die Verhältnisse bei Lehrgang und Training, so ergibt sich ein Gegenteiliges Bild: ein höherer Verletzungsanteil bei den Leichtgewichten und ein niedrigerer bei den Schwergewichten.

### **Verteilung der Verletzungen nach dem Ausbildungsstand**

Die Wettkampfverletzungen verteilen sich bis auf 2 Ausnahmen annähernd gleich auf die verschiedenen Gürtelfarben; nur der 1. Kyu mit zwei und der 4. Kyu mit einer Wettkampfverletzung liegen wesentlich unter dem Durchschnitt.

Bei den Lehrgangsverletzungen findet sich eine Häufung beim 2. Kyu, dagegen keine Verletzung eines 7. Kyu und lediglich eine Verletzung eines 8. Kyu. Letzteres erklärt sich wie oben beschrieben durch die besondere Auswahl der Teilnehmer.

Die Verteilung bei den Trainingsverletzungen dürfte in Anbetracht der geringen Anzahl eher zufällig sein.

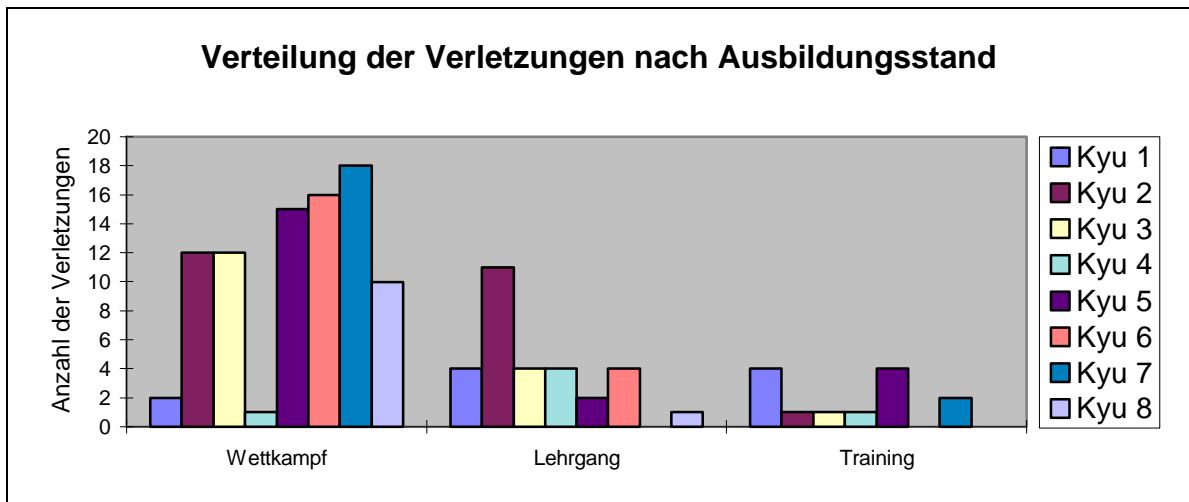


Abb. 34: Verteilung der Verletzungen nach Ausbildungsstand

### Verteilung der Verletzungen nach Wettkampferfahrung

Die Wettkampfverletzungen betreffen vorwiegend Judoka mit einer Teilnahme an bis zu 5 Wettkämpfen pro Jahr. Die größte Zahl der Lehrgangsverletzungen verteilt sich gleichmäßig auf die Gruppen mit bis zu fünf und bis zu zehn Wettkämpfen pro Jahr. Erfasst werden insgesamt nur 13 Verletzungen bei Judoka mit einer hohen Wettkampferfahrung von bis zu 15 Wettkämpfen pro Jahr.

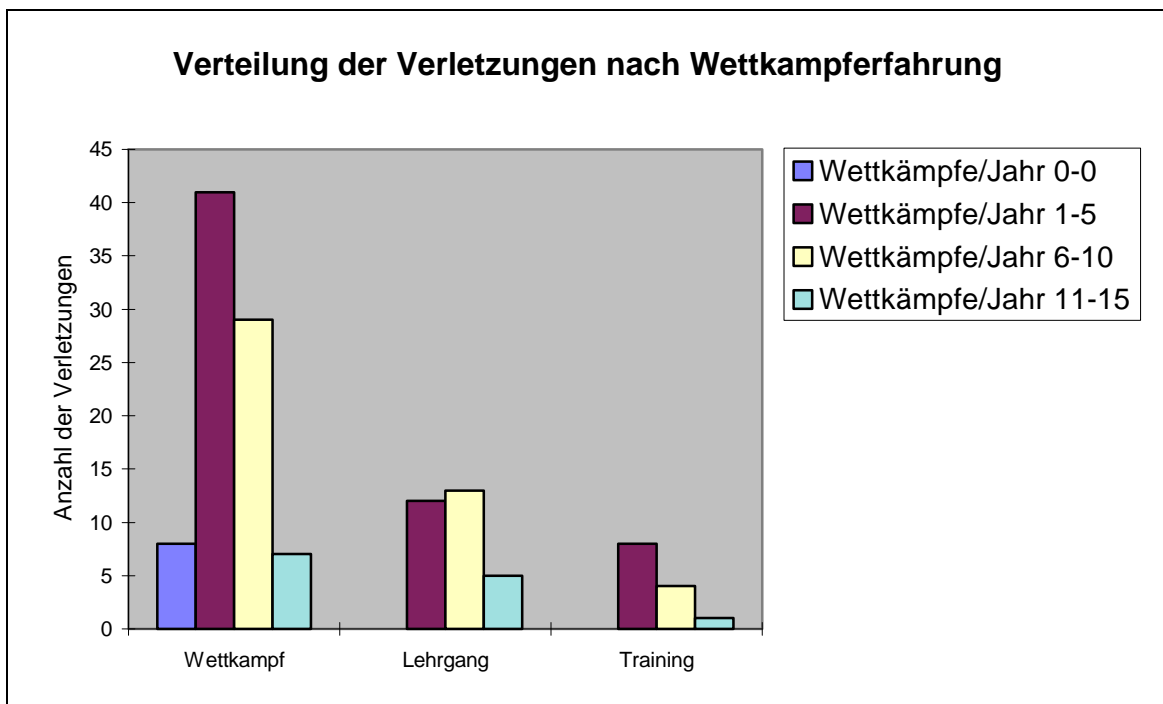


Abb. 35: Verteilung der Verletzungen nach Wettkampferfahrung

### Verteilung der Verletzungen in Bezug auf die Wettkampfebene

Die meisten Wettkampfverletzungen finden sich bei Judoka, die nur auf Kreis- und Bezirksebene kämpfen. Dies entspricht dem erfaßten Klientel. Die Lehrgangsverletzungen zeigen eine Häufung bei Judoka die auch auf Landesebene kämpfen. Dies beruht darauf, daß die hier erfaßten Judoka alle dem Bezirkskader angehören.

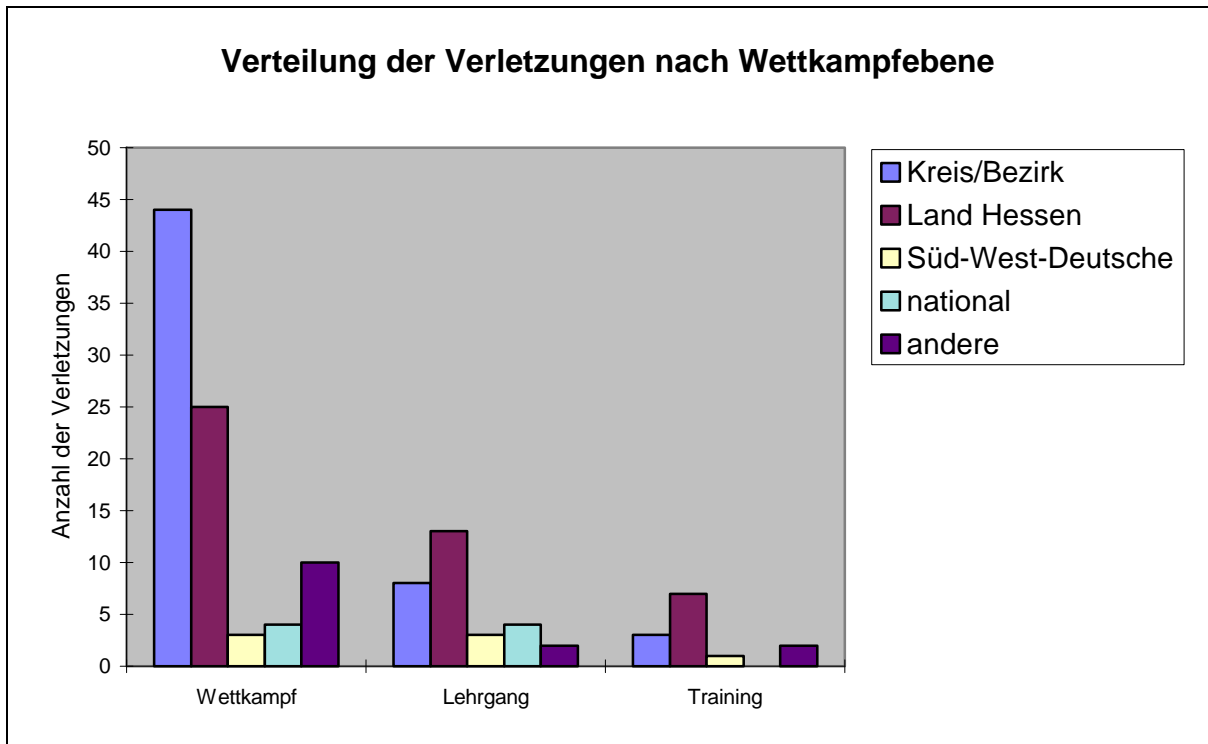


Abb. 36: Verteilung der Verletzungen nach Wettkampfebene

### Trainingsintensität

Von 107 Verletzten absolvieren 29 Judoka (27,4 %) 1 Trainingseinheit pro Woche, 60 Judoka (56,6 %) 2 Trainingseinheiten pro Woche, 13 Judoka (12,3 %) 3 Trainingseinheiten pro Woche und 4 Judoka (3,8 %) 4 Trainingseinheiten pro Woche.

Die größte Zahl der Verletzten trainiert zweimal pro Woche, es werden nur wenige Verletzte mit einer hohen Trainingsintensität von viermal pro Woche erfaßt.

Die Verteilung der wöchentlichen Trainingseinheiten in den verschiedenen Altersgruppen wird in Abb. 37 dargestellt bezogen auf die Zahl der Verletzten.



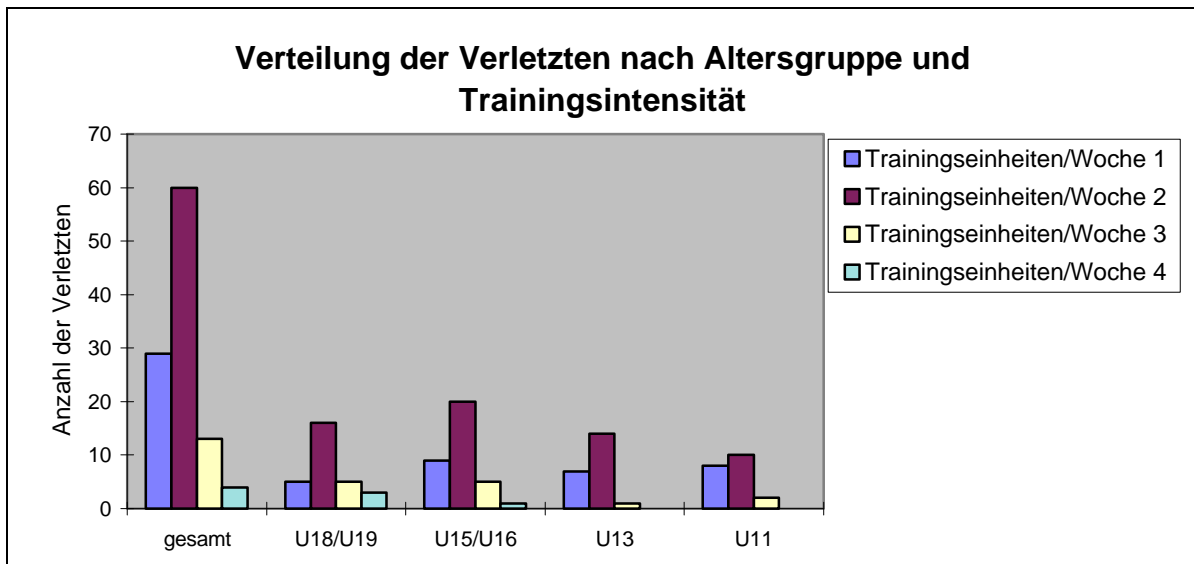


Abb. 37: Verteilung der Verletzten nach Altersgruppe und Trainingsintensität

Hier zeigt sich wie erwartet eine Zunahme der Trainingseinheiten pro Woche mit zunehmendem Alter. Die Verteilung der Verletzungen in Abhängigkeit von der Trainingsintensität zeigt folgende Abbildung.

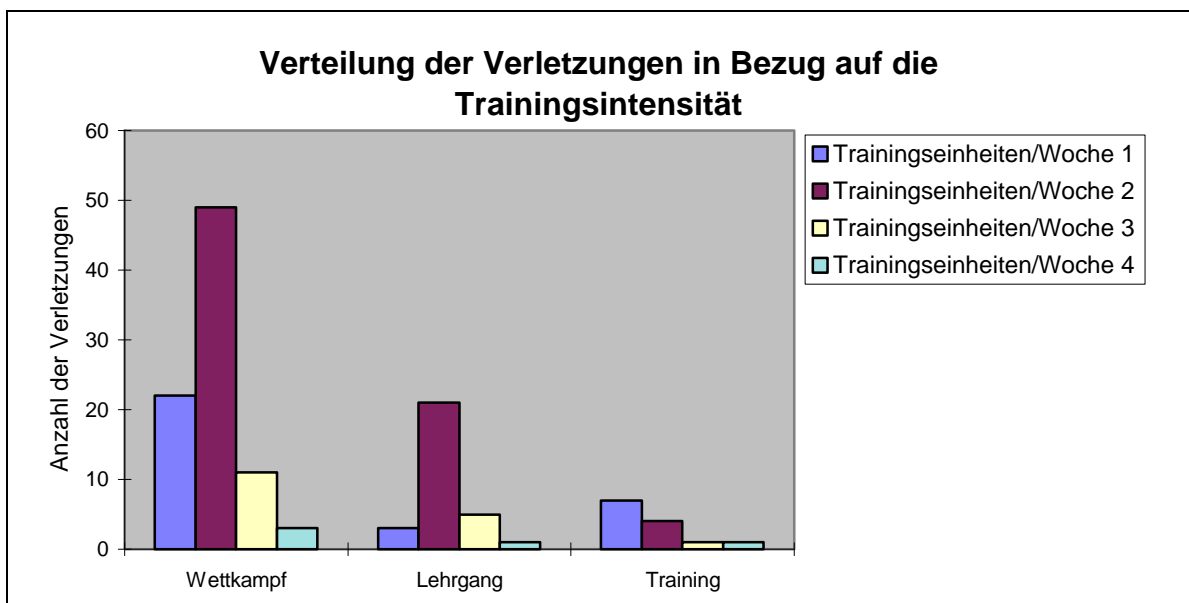


Abb. 38: Verteilung der Verletzungen in Bezug auf die Trainingsintensität

Auch hier zeigt sich bezogen auf die Verletzungen mit Ausnahme der Trainingsverletzungen ein Überwiegen von 2 Trainingseinheiten pro Woche.

Judoka mit Lehrgangsverletzungen trainieren seltener nur einmal wöchentlich. Dies erklärt sich durch die Auswahl der Judoka, die an Lehrgängen teilnehmen.

### Sportarten zusätzlich zum Judo

Von den 107 Judoka betreiben 34 keine weitere Sportart. Von 74 Judoka werden als häufigste Zusatzsportarten Fußball und Inline Skating angegeben, gefolgt von Schwimmen, Volleyball, Handball, Tanzen und Tischtennis. Es waren Mehrfachnennungen möglich.

Die auffallend große Zahl der Nennungen unter „andere Sportarten“ beruht darauf, daß hier 16 Sportarten mit nur ein bis vier Nennungen eingehen.

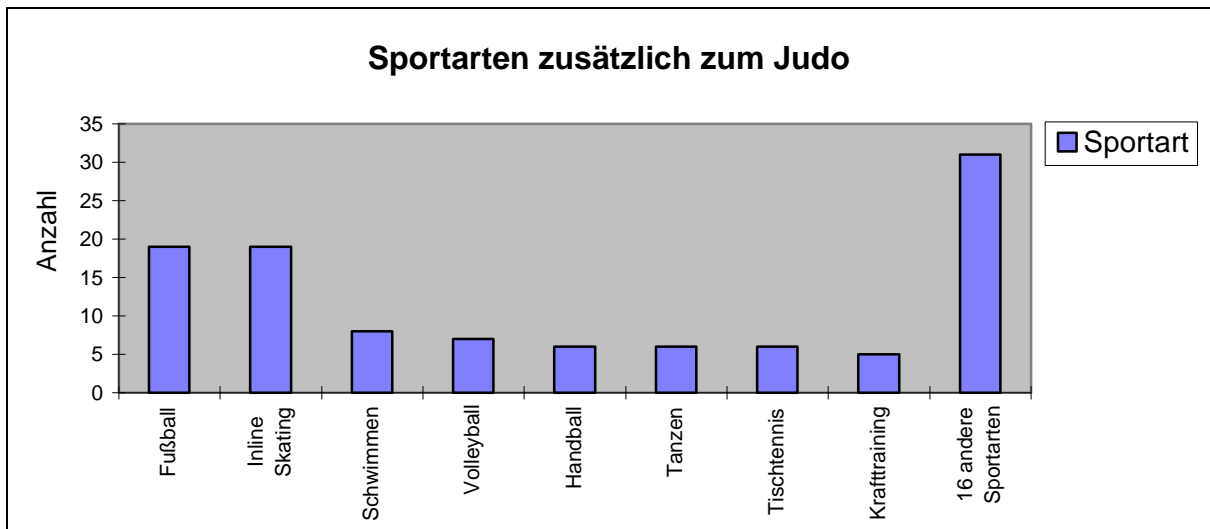


Abb. 39: Sportarten zusätzlich zum Judo

### Bevorzugte Techniken

Die Judoka mit Wettkampfverletzungen bevorzugen Techniken im Stand, die Judoka mit Lehrgangsverletzungen Bodentechniken, bei den Trainingsverletzungen ist das Verhältnis ausgeglichen. Hier scheint kein Einfluß auf die Verletzungen vorzuliegen

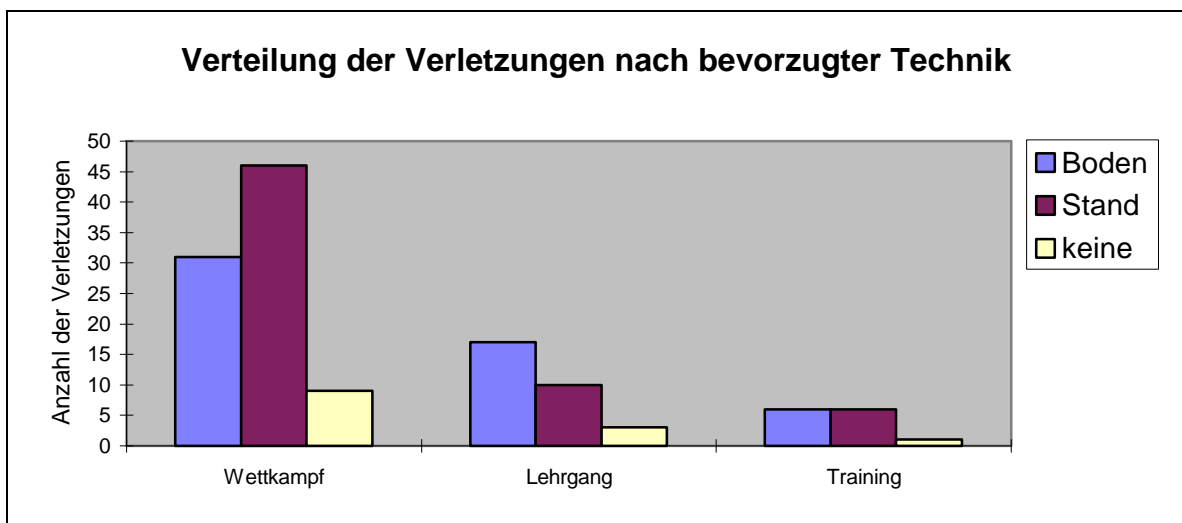


Abb. 40: Verteilung der Verletzungen nach bevorzugter Technik

### Bevorzugte Würfe

Es konnten von jedem Judoka zwei bevorzugte Würfe angegeben werden. Die Summe der Würfe (in Abhängigkeit von den Verletzungen) wird in Bezug gesetzt zu mehreren Variablen.

Die folgende Tabelle zeigt, daß von den verletzten Jugendlichen eindeutig Hüftwürfe und Hand-/Schulterwürfe bevorzugt werden und keine Fußwürfe. Für die Gesamtzahl der Verletzten sind die fünf am häufigsten bevorzugten Würfe: Seoi-nage (9,8 %), O-goshi (7,9%), Tai-otoshi (7,5 %), Harai-goshi (7,0 %) und Hüftwürfe generell (5,1 %).

bevorzugte Würfe	Wettkampf	Lehrgang	Training
keine	68	14	4
Fußwürfe	4	1	1
O-uchi-gari	1	-	-
Ko-uchi-gari	-	1	-
O-soto-gari	2	2	2
Uchi-mata	2	3	1
De-ashi-barai	2	-	-
Kutschiki-daoshi	1	1	-
Außensichel	-	1	-
Innensichel	-	2	-
Ko-soto-gari	-	-	-
Hand-/Schulterwürfe	1	-	2
Seoi-nage	16	9	5
Seoi-otoshi	4	1	2
O-soto-otoshi	-	-	-
Kata-guruma	-	-	1
Hüftwürfe	8	8	-
O-goshi	12	4	2
Harai-goshi	12	8	-
Koshi-guruma	5	-	-
Uki-goshi	1	-	-
Selbstfallwürfe	-	-	-
Tomoe-nage	5	2	-
Tani-otoshi	5	2	1
Juko-otoshi	1	-	-
Soto-maki-komi	1	-	1
Ko-uchi-maki-komi	1	-	-
Konter	5	-	-

Tab. 5: Verteilung der Verletzungen in Bezug auf bevorzugte Würfe

Bei der Aufteilung nach dem *Geschlecht* führen bei den verletzten männlichen Judoka der Seoi-nage vor Tai-otoshi / O-goshi gefolgt von Harai-goshi, bei den verletzten weiblichen Judoka der Harai-goshi vor O-goshi und Tai-otoshi.

bevorzugte Würfe	gesamt	männlich	weiblich
keine	79	53	26
Fußwürfe	5	3	2
O-uchi-gari	1	-	1
Ko-uchi-gari	1	1	-
O-soto-gari	4	1	3
Uchi-mata	6	3	3
De-ashi-barai	1	-	1
Kutschiki-daoshi	1	1	-
Außensichel	1	1	-
Innensichel	1	1	-
Ko-soto-gari	-	-	-
Hand-/Schulterwürfe	3	1	2
Tai-otoshi	16	12	4
Seoi-nage	21	18	3
Seoi-otoshi	4	4	-
O-soto-otoshi	-	-	-
Kata-guruma	1	1	-
Hüftwürfe	11	7	4
O-goshi	17	12	5
Harai-goshi	15	9	6
Koshi-guruma	5	4	1
Uki-goshi	1	-	-
Selbstfallwürfe	-	-	-
Tomoe-nage	6	5	1
Tani-otoshi	6	6	-
Juko-otoshi	1	1	-
Soto-maki-komi	2	1	1
Ko-uchi-maki-komi	1	-	1
Konter	4	4	-

Tab. 6: Verteilung der Verletzten nach Geschlecht in Bezug auf bevorzugte Würfe

Bezogen auf die *Altersgruppen* werden bei den Verletzten der U11 als der am häufigsten bevorzugte Wurf der O-goshi angegeben, bei U13 O-goshi vor Seoi-nage / Tai-otoshi / Koshi-guruma, bei U15/U16 Seoi-nage und Tai-otoshi, bei U18/U19 Seoi-nage / Harai-goshi.

bevorzugte Würfe	gesamt	U18/U19	U15/U16	U13	U11
keine	79	18	19	18	24
Fußwürfe	5	1	3	-	1
O-uchi-gari	1	-	-	1	-
Ko-uchi-gari	1	-	1	-	-
O-soto-gari	4	1	2	1	-
Uchi-mata	6	4	-	2	-
De-ashi-barai	1	-	-	1	-
Kutschiki-daoshi	1	-	1	-	-
Außensichel	1	-	-	1	-
Innensichel	1	1	-	-	-
Ko-soto-gari	-	-	-	-	-
Hand/Schulterwürfe	3	-	2	-	1
Tai-otoshi	16	4	8	3	1
Seoi-nage	21	7	9	3	2
Seoi-otoshi	4	4	-	-	-
O-soto-otoshi	-	-	-	-	-
Kata-guruma	1	1	-	-	-
Hüftwürfe	11	1	6	2	2
O-goshi	17	3	6	5	3
Harai-goshi	15	7	6	1	1
Koshi-guruma	5	-	-	3	2
Uki-goshi	1	-	-	1	-
Selbstfallwürfe	-	-	-	-	-
Tomoe-nage	6	1	3	1	1
Tani-otoshi	6	3	3	-	-
Juko-otoshi	1	-	-	-	1
Soto-maki-komi	2	1	1	-	-
Ko-uchi-maki-komi	1	1	-	-	-
Konter	4	-	2	1	1

Tab. 7: Verteilung der Verletzten nach Altersgruppe in Bezug auf bevorzugte Würfe

### Tragen von Bandagen

Bei 15% der Wettkampfverletzungen werden schützende Hilfsmittel getragen und bei 37% der Lehrgangsverletzungen, wobei hier die Anzahl der Teilnehmer geringer und der Leistungsstand höher ist als bei Wettkämpfen. Bevorzugt werden Knie- und Sprunggelenkbandagen, nur selten werden Tapeverbände angelegt.

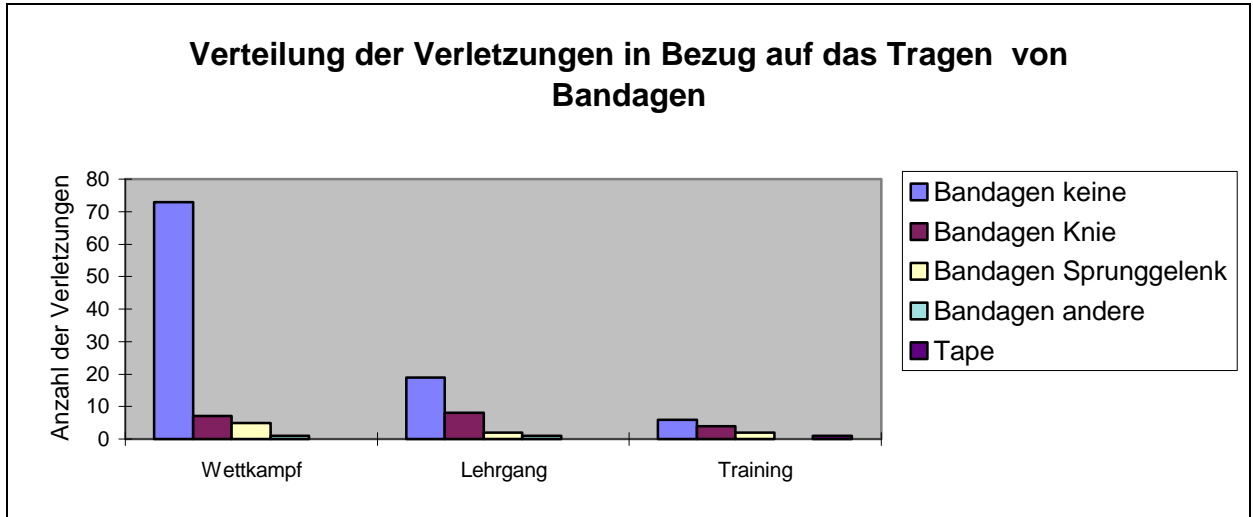


Abb. 41: Verteilung der Verletzungen in Bezug auf das Tragen von Bandagen

### Verletzungen bei geschwächtem Allgemeinzustand

Es ist bedenklich, daß bereits bei Kindern und Jugendlichen bei 19% der Verletzungen eine körperliche Beeinträchtigung vorgelegen hat, davon bei 7% ein grippaler Infekt!

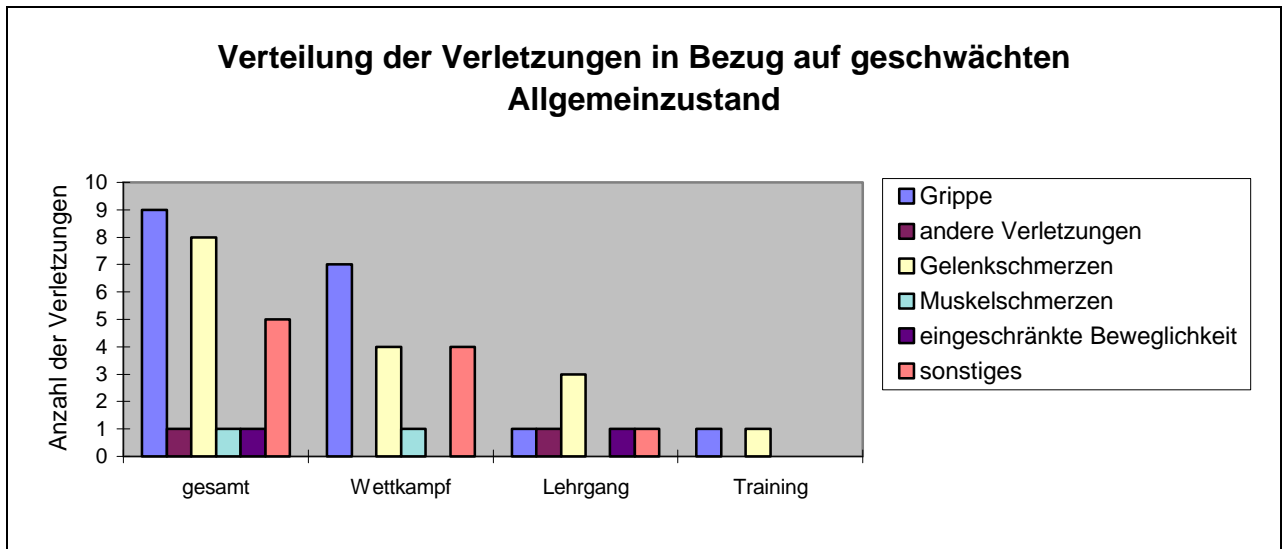


Abb. 42: Verteilung der Verletzungen in Bezug auf geschwächten Allgemeinzustand

### Dauererkrankungen

In Bezug auf die 86 Wettkampfverletzungen werden nur 6 Dauererkrankungen angegeben (zweimal Asthma bronchiale, zweimal ungeklärte Belastungsdyspnoe, einmal Pollinosis, einmal ein Vitium cordis), bei den 30 Lehrgangsverletzungen 3 Dauererkrankungen (zweimal Pollinosis, einmal Kreislaufdysregulation), bei den 13 Trainingsverletzungen keine.

### Verletzungen mit operativer Behandlung

Von allen Verletzungen mußte nur 1 Trainingsverletzung operativ behandelt werden, es handelte sich um eine linksseitige Oberschenkelfraktur.

### Aufwärmtechniken beim Wettkampf

Bezogen auf die Wettkampfverletzungen wird in 41 % aufgewärmt durch Laufen, Dehnen und judotypische Techniken, in 22% durch Laufen und Dehnen. In 5% wird nur durch Dehnen „aufgewärmt“.

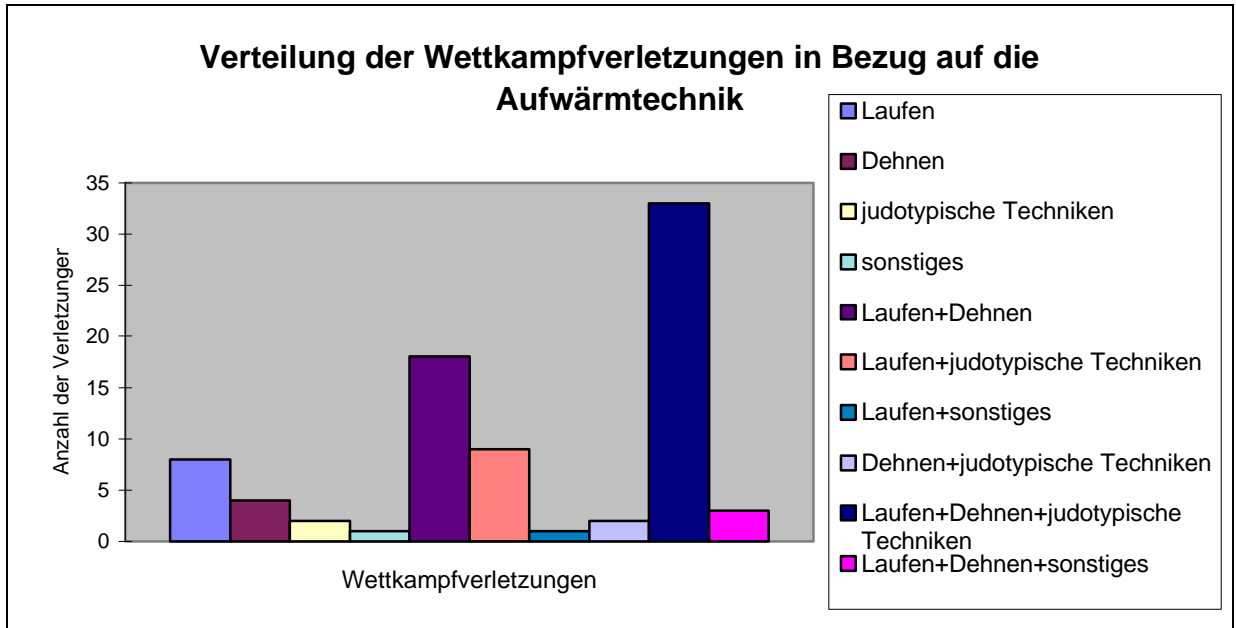


Abb. 43: Verteilung der Wettkampfverletzungen in Bezug auf die Aufwärmtechnik

### Aufwärmdauer beim Wettkampf

Von den Verletzten wärmen sich 30% 15 Minuten auf, 30% 30 Minuten. Auffällig ist jedoch der relativ hohe Prozentsatz mit nur kurzer Aufwärmdauer: bei 15% 5 Minuten, bei 16% 10 Minuten.

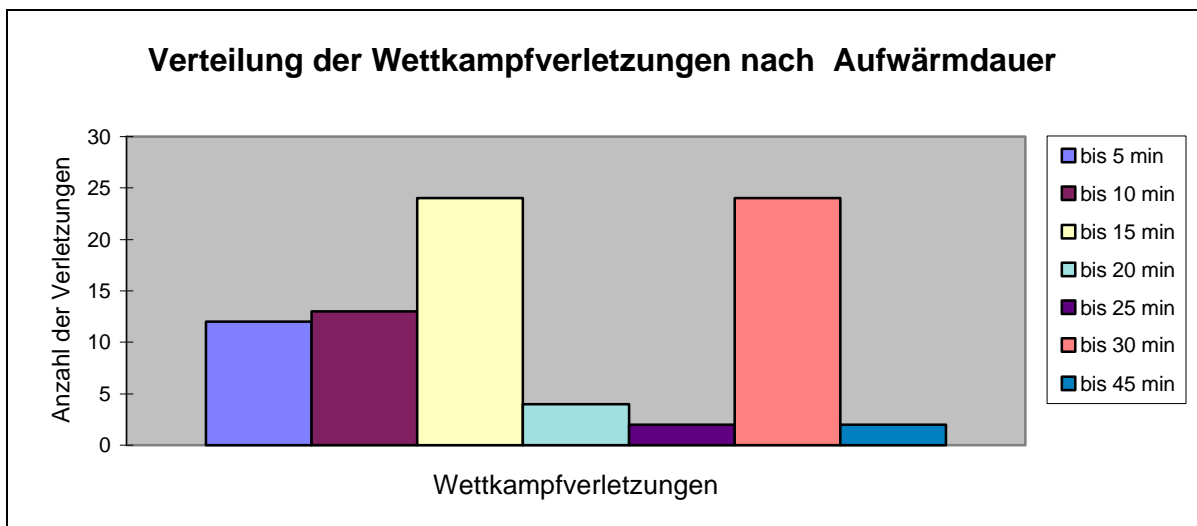


Abb. 44: Verteilung der Wettkampfverletzungen nach Aufwärmdauer

### **Gewichtsabnahme vor dem Wettkampf**

Von den befragten Verletzten haben sechs (7%) am Wettkampftag und vier vor dem Wettkampftag (5%) Gewicht abtrainiert.

### **Verwarnung während des Wettkampfs**

In der Gruppe der Wettkampfverletzten wird zehnmal (12%) eine Verwarnung während des Kampfes mit der Verletzung und zweimal (2%) eine Verwarnung vor dem Kampf mit der Verletzung angegeben.

### **Wettkampfverlauf vor der Verletzung**

Von den Wettkampfverletzten haben am Wettkampftag 32% der Verletzten vor der Verletzung alle Wettkämpfe gewonnen, 20% vorher alle Wettkämpfe verloren. Den Kampf vor der Verletzung gewonnen haben 6 %, den Kampf vor der Verletzung verloren 13 %. Somit zeigt sich kein Einfluß von Sieg oder Niederlage auf die Verletzungszahl.

### **Verteilung der Verletzungen nach Verletzungshergang**

Die Analyse der erhobenen Daten zeigt: 55% aller Verletzungen werden durch Würfe verursacht, nur 10% durch Bodentechniken und erstaunlich wenig durch Hebel- und Würgegriffe (je 1,6 bzw. 2,3 %).

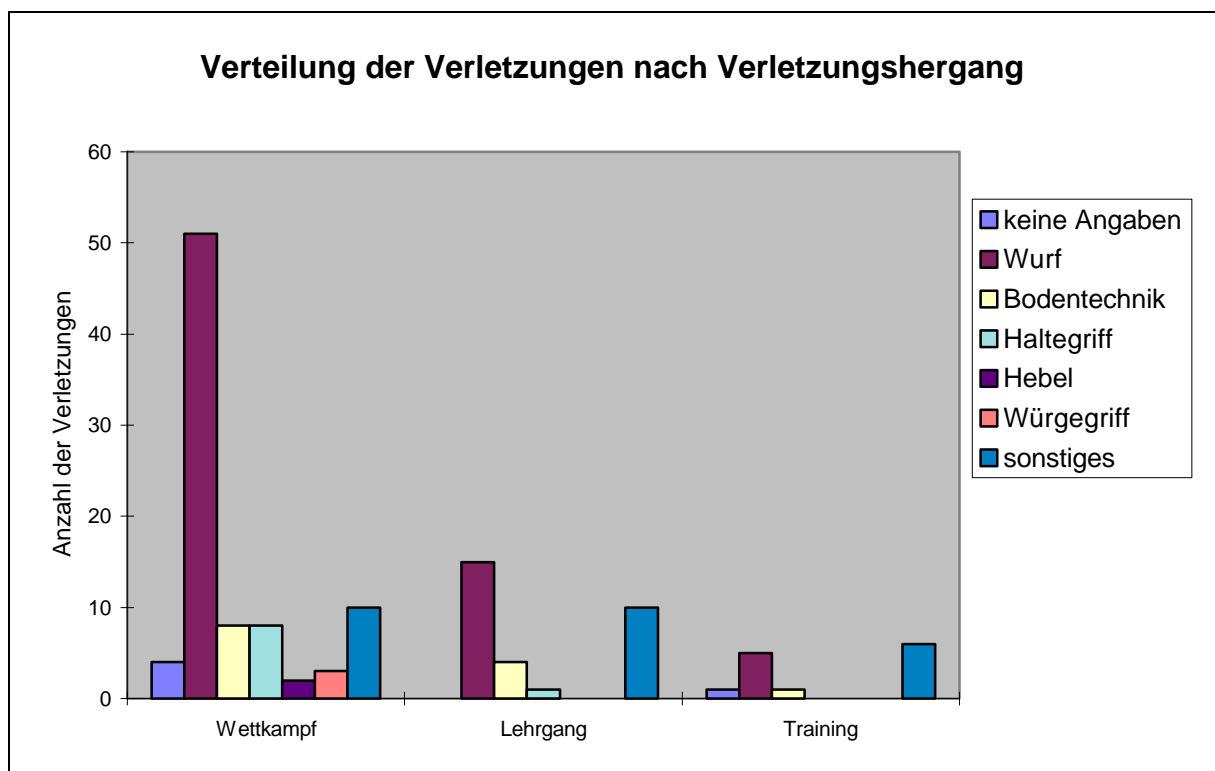


Abb. 45: Verteilung der Verletzungen nach Verletzungshergang



### **Verteilung der Verletzungen in Bezug auf den verursachenden Wurf**

Bei 30 (42 %) der 71 durch Wurf hervorgerufenen Verletzungen können die Verletzten den verursachenden Wurf gar nicht benennen, bei 11 (15 %) der Verletzungen wird lediglich „Wurfansatz“ angegeben. Bei je 7 % werden Tomoe-nage und Konter genannt, sonst findet sich in Bezug auf alle Verletzungen kein auffälliger Zusammenhang mit einzelnen Würfen.

Würfe	gesamt	Wettkampf	Lehrgang	Training
unbekannt	30	23	5	2
Fußwurf	2	2	-	-
Uchi-mata	2	1	1	-
De-ashi-barai	1	-	1	-
Hand-/Schulterwurf	2	1	1	-
Seoi-nage	3	-	2	1
Hüftwurf	4	2	2	-
O-goshi	2	-	2	-
Harai-goshi	2	1	-	1
Tomoe-nage	5	3	1	1
Tani-otoshi	1	1	-	-
Juko-otoshi	1	1	-	-
Konter	5	5	-	-
Wurfansatz	11	11	-	-

Tab. 8: Verteilung der Verletzungen in Bezug auf den verursachenden Wurf

### **Verteilung der Verletzungen in Bezug auf den vermuteten Verursacher**

Bei den Wettkampfverletzungen wird von den Betroffenen die Ursache eher dem Gegner zugeschoben, bei den Lehrgangs- und Trainingsverletzungen wird häufiger ein eigener Fehler angenommen. Diese Angaben sind sicherlich sehr subjektiv gefärbt.

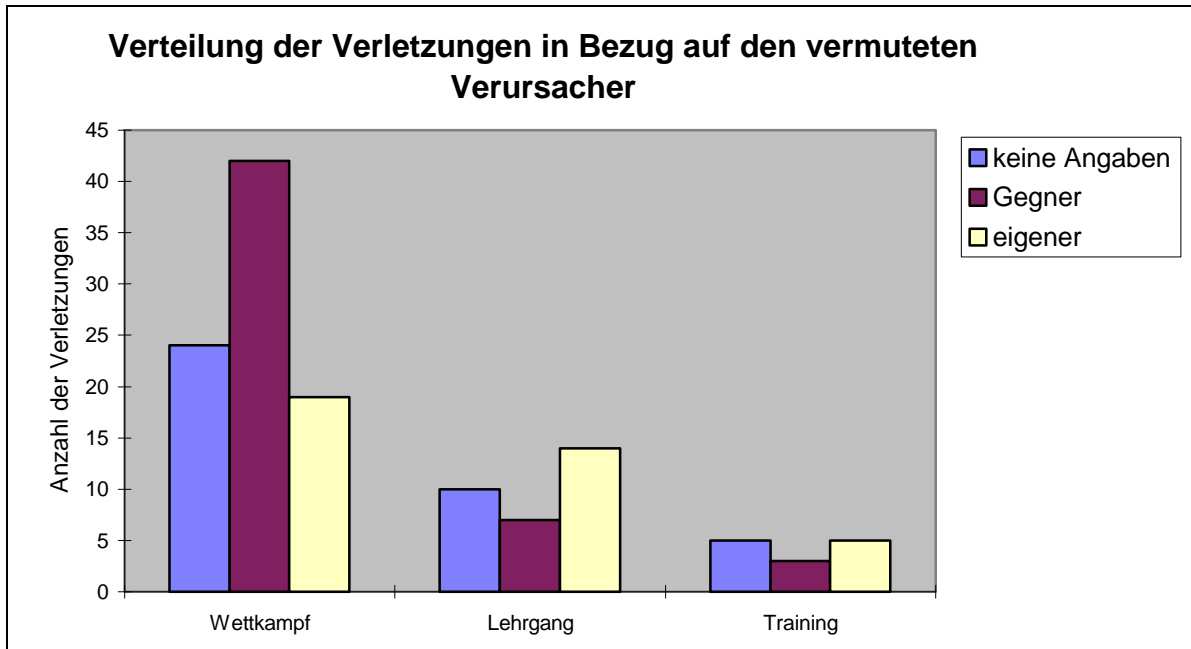


Abb. 46: Verteilung der Verletzungen in Bezug auf den vermuteten Verursacher

### Verteilung der Verletzungen in Bezug auf die betroffene Körperregion

In der Gesamtstatistik betreffen 49 Verletzungen (38 %) die unteren Extremitäten, 27 Verletzungen (20,9 %) die oberen Extremitäten, 18 Verletzungen (14 %) den Rumpf und 34 Verletzungen Kopf und Hals (26,4 %). Es überwiegen somit die Verletzungen der unteren Extremitäten vor Verletzungen an Kopf und Hals, erst an dritter Stelle sind Verletzungen an der oberen Extremität lokalisiert.

Bei den Wettkampfverletzungen überwiegen augenscheinlich Verletzungen an Kopf und Hals, wohingegen diese bei Lehrgang und Training eher selten auftreten. Bei den Lehrgangs- und Trainingsverletzungen überwiegen die Verletzungen der unteren Extremitäten.

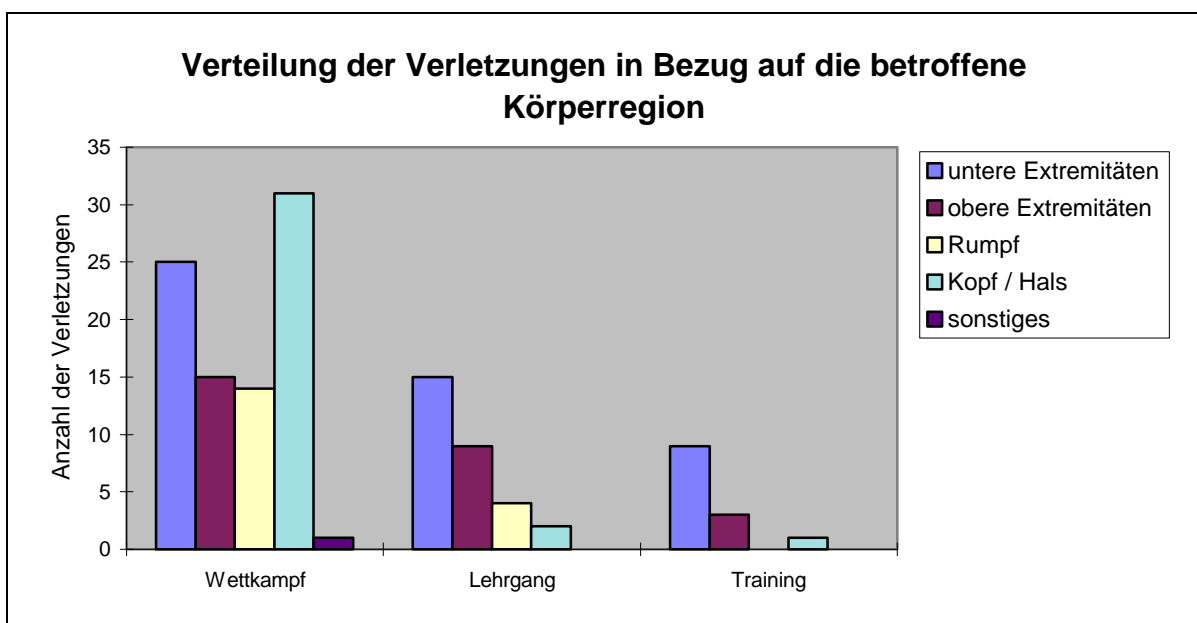


Abb. 47: Verteilung der Verletzungen in Bezug auf die betroffene Körperregion

### Verteilung der Verletzungen in Bezug auf die einzelnen Lokalisationen

In der Gesamtstatistik führen Knieverletzungen mit 14 % vor Kopfverletzungen, gefolgt von Verletzungen im Bereich von HWS und Nacken.

Betrachtet man nur die Wettkampfverletzungen, so führen auch hier die Kopfverletzungen (17,4 %), gefolgt von Verletzungen im Bereich von HWS/Nacken und Knieverletzungen, sowie in gleicher Häufigkeit Verletzungen an den Rippen und am Hals.

Bei den Lehrgangsverletzungen führen die Knieverletzungen (30 %) vor den Daumenverletzungen. Die Verteilung bei den erfaßten Trainingsverletzungen dürfte wegen der geringen Anzahl nicht relevant sein und wird im folgenden bei Korrelationen nicht berücksichtigt werden.

Lokalisation	gesamt	Wettkampf	Lehrgang	Training
Hüfte	-	-	-	-
Oberschenkel	4	3	-	1
Knie	18	7	9	2
Patella	2	2	-	-
Unterschenkel	4	3	1	-
Sprunggelenk	4	2	2	-
Mittelfuß	4	1	1	2
Großzehe	6	2	1	3
übrige Zehen	6	4	1	1
Schulter	6	4	1	1
Schlüsselbein	-	-	-	-
Oberarm	2	1	2	-
Ellenbogen	5	3	2	-
Unterarm	3	2	1	-
Handgelenk	1	1	-	-
Handwurzel/Mittelhand	2	2	-	-
Daumen	6	6	3	1
Finger	4	2	1	1
Rippen	6	5	1	-
Brustkorb ventral	1	-	1	-
Abdomen	1	1	-	-
BWS	1	-	1	-
LWS	-	-	-	1
HWS/Nacken	8	7	-	1
Hals	5	5	-	-
Rücken	4	3	1	-
Kopf	17	15	2	-
Auge	2	2	-	-
Nase	2	2	-	-
Hoden	4	4	-	-
Kreislauf	1	1	-	-
sonstiges	-	-	-	-

Tab. 9: Verteilung der Lokalisation der Verletzungen

Am häufigsten sind somit bei den Einzellokalisationen Kopf, HWS/Nacken und Knie vertreten. Die Häufung der Verletzungen an Kopf und HWS/Nacken betreffen nur den Wettkampf. Diese teilen sich in der Gesamtbetrachtung wie folgt auf:

Verletzungsart	Knie	HWS/Nacken	Kopf
Hautverletzung	-	-	1
Kontusion	12	3	15
Distorsion	5	2	-
Muskelzerrung	-	1	-
Blockierung	-	2	-
sonstiges	1	-	1

Tab. 10: Verteilung der Verletzungsarten in Bezug auf einzelne Lokalisationen

Am Kniegelenk überwiegen eindeutig Kontusionen vor Distorsionen. Die Verletzungen an HWS und Nacken verteilen sich relativ gleichmäßig auf Kontusionen, Distorsionen, Muskelzerrungen und Blockierungen. Bei den Schädelverletzungen handelt es sich vor allem um Kontusionen.

Die Verteilung der Lokalisationen der Verletzungen (zusammengefaßt in die Kategorien untere Extremitäten, obere Extremitäten, Rumpf, Kopf/Hals und sonstiges) in Bezug auf den Verletzungshergang zeigt die folgende Abbildung.

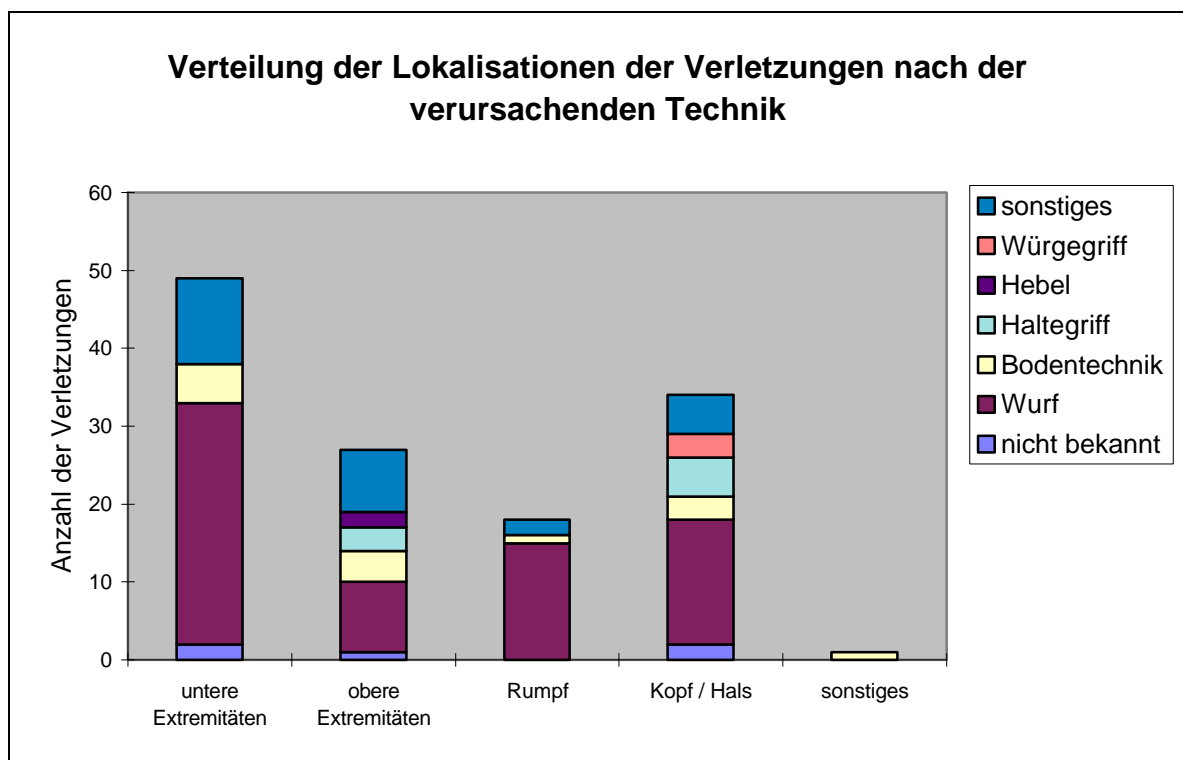


Abb. 48: Verteilung der Lokalisationen der Verletzungen nach der verursachenden Technik

Bei den Verletzungen durch Würfe überwiegen die unteren Extremitäten weit vor Kopf/Hals und Rumpf, die oberen Extremitäten bilden nur einen kleinen Anteil. Bei den Bodentechniken sind die Verletzungen eher gleichmäßig verteilt in abnehmender Häufigkeit auf untere, obere Extremitäten, Kopf/Hals und Rumpf. Die seltenen Verletzungen durch Hebel finden sich naturgemäß an der oberen Extremität, die wenigen Verletzungen durch Würgegriffe an Kopf/Hals.

Im folgenden werden die Verletzungslokalisationen zu verschiedenen Variablen in Bezug gesetzt. Hierbei beschränke ich mich weitgehend auf die Wettkampfverletzungen, da sich bei der Auswertung keine anderen Aussagen in Bezug auf die Lehrgangsverletzungen ergeben haben.

### **Verteilung der Lokalisationen der Wettkampfverletzungen in Bezug auf das Geschlecht**

Bezüglich des Geschlechts ergibt sich folgende Verteilung:

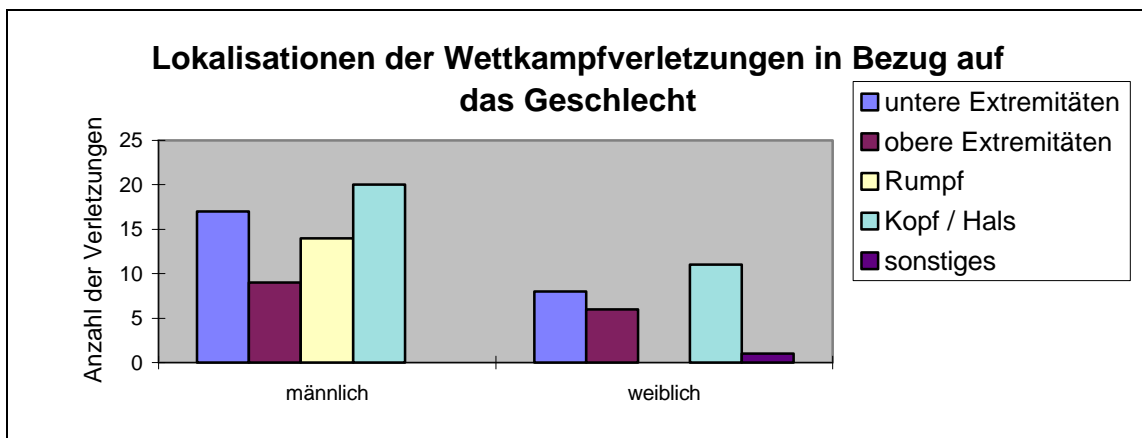


Abb. 49: Lokalisationen der Wettkampfverletzungen in Bezug auf das Geschlecht

Hier ist auffällig, daß die Verletzungen des Rumpfes ausschließlich männliche Judoka betreffen.

### **Verteilung der Lokalisation der Wettkampfverletzungen in Bezug auf die Altersgruppe**

Die Abbildung zeigt keinen eindeutigen Unterschied in der Verteilung.

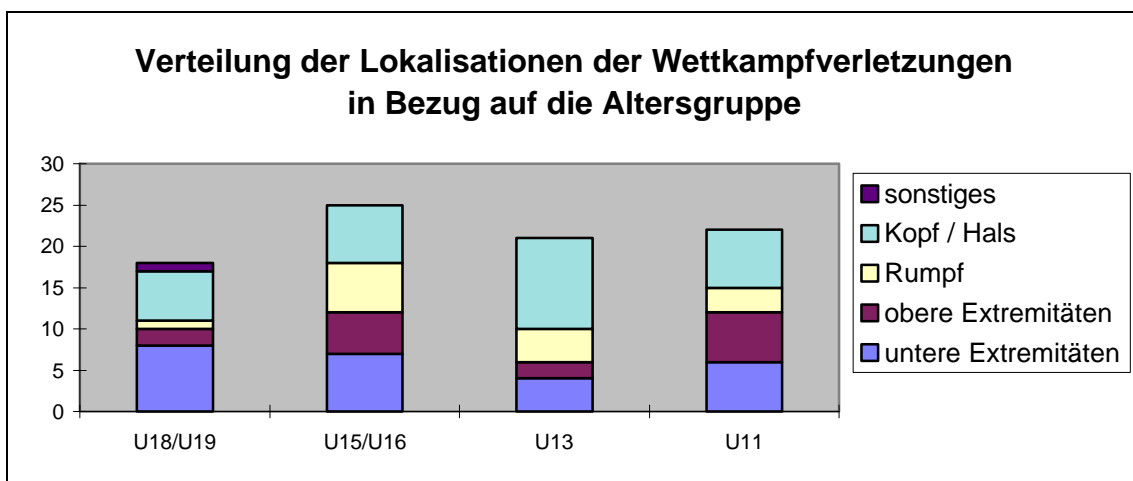


Abb. 50: Lokalisationen der Wettkampfverletzungen in Bezug auf die Altersgruppe

### Verteilung der Lokalisationen der Wettkampfverletzungen in Bezug auf die Gewichtsklasse

Hier zeigen sich keine wesentlichen Unterschiede in der Verteilung.

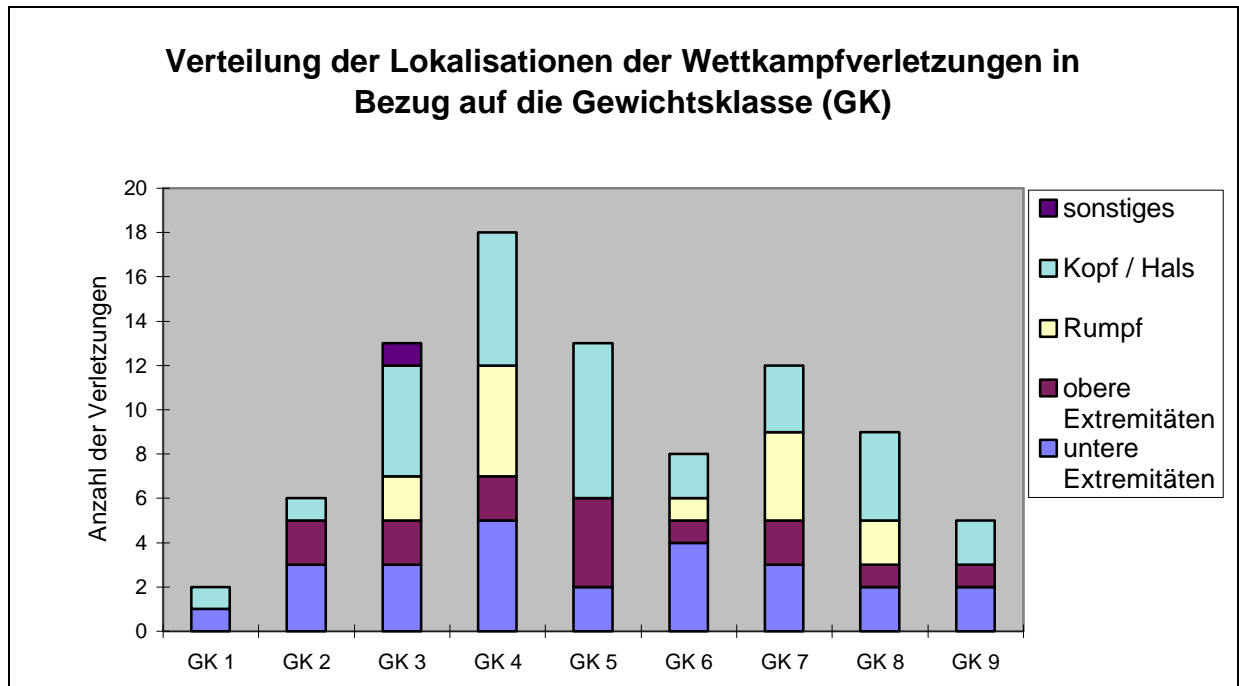


Abb. 51: Verteilung der Lokalisationen der Wettkampfverletzungen in Bezug auf die Gewichtsklasse (GK)

### Verteilung der Lokalisationen der Wettkampfverletzungen in Bezug auf den Ausbildungsstand

Die Verletzungen der oberen Extremitäten finden sich gehäuft beim 7. und 8. Kyu-Grad (Anfänger). Weiterhin scheinen die Kopf-/Halsverletzungen bei den tieferen Kyu-Graden (5. bis 8. Kyu) häufiger aufzutreten.

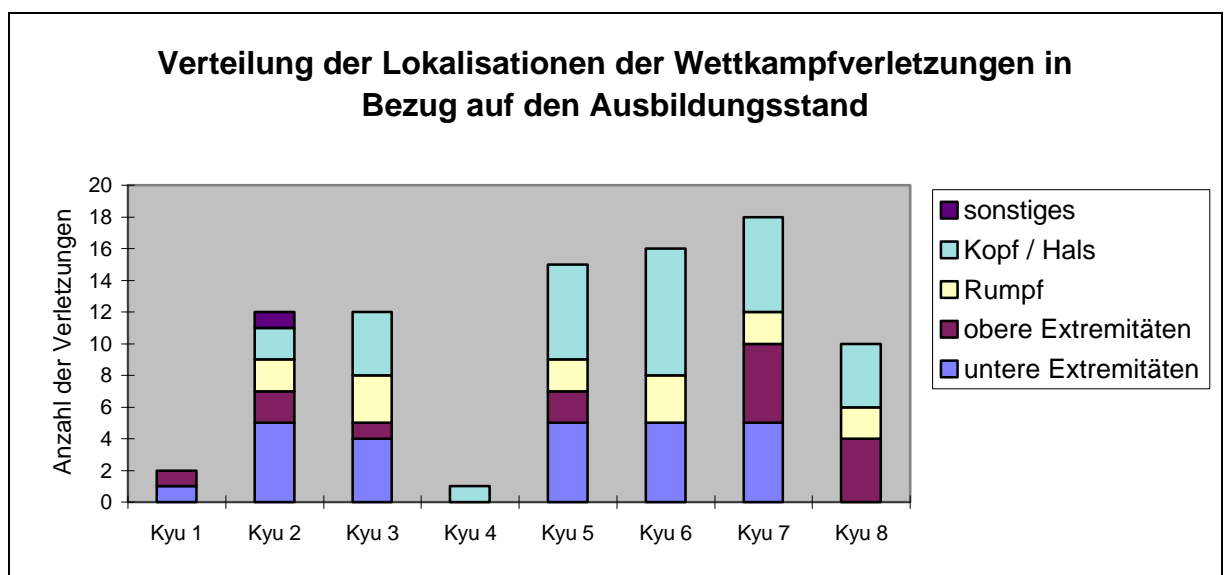


Abb. 52: Verteilung der Lokalisationen der Wettkampfverletzungen in Bezug auf den Ausbildungsstand

### Verteilung der Lokalisationen der Wettkampfverletzungen in Bezug auf die Wettkampferfahrung

Hier zeigt sich kein signifikanter Einfluß der Wettkampferfahrung auf das Verletzungsspektrum.

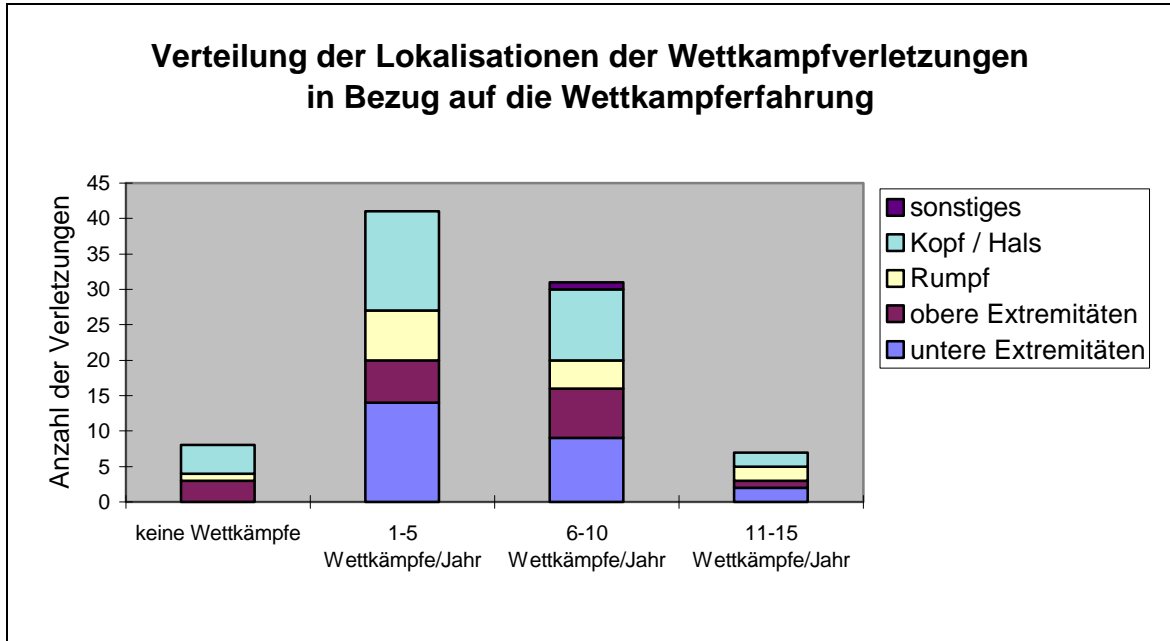


Abb. 53: Verteilung der Lokalisationen der Wettkampfverletzungen in Bezug auf die Wettkampferfahrung

### Verteilung der Lokalisationen der Lehrsungsverletzungen in Bezug auf die Wettkampferfahrung

Auch bei den Lehrsungsverletzungen zeigt sich kein Einfluß.

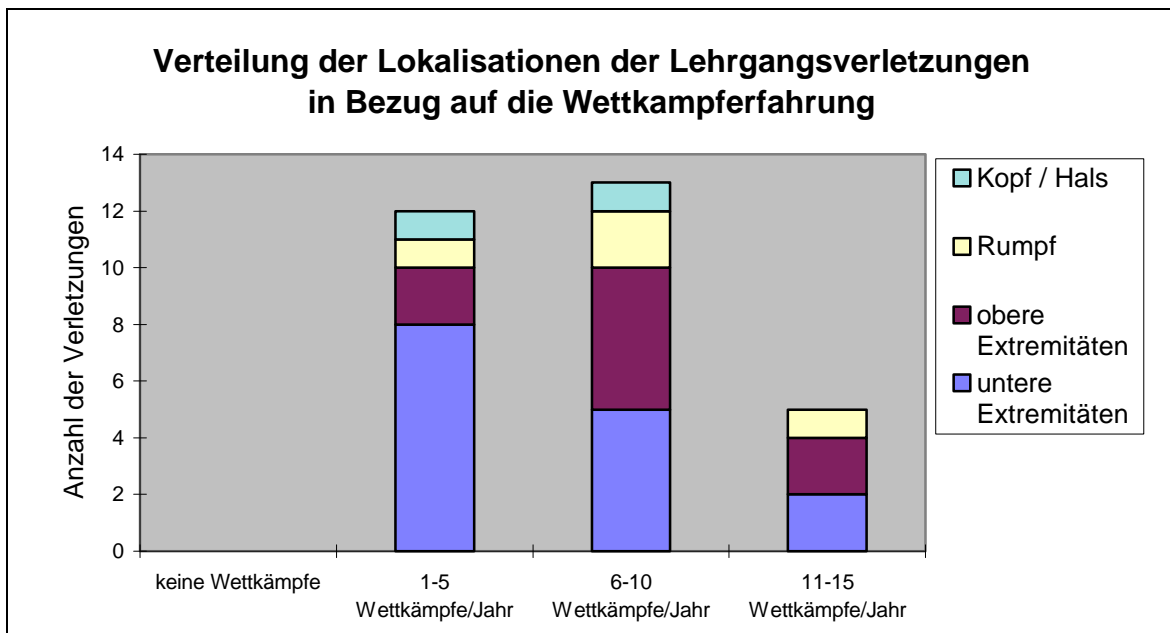


Abb. 54: Verteilung der Lokalisationen der Lehrsungsverletzungen in Bezug auf die Wettkampferfahrung

### Verteilung der Lokalisationen der Wettkampfverletzungen in Bezug auf die erreichte Wettkampfebene

Es finden sich keine wesentlichen Unterschiede in der Verteilung.

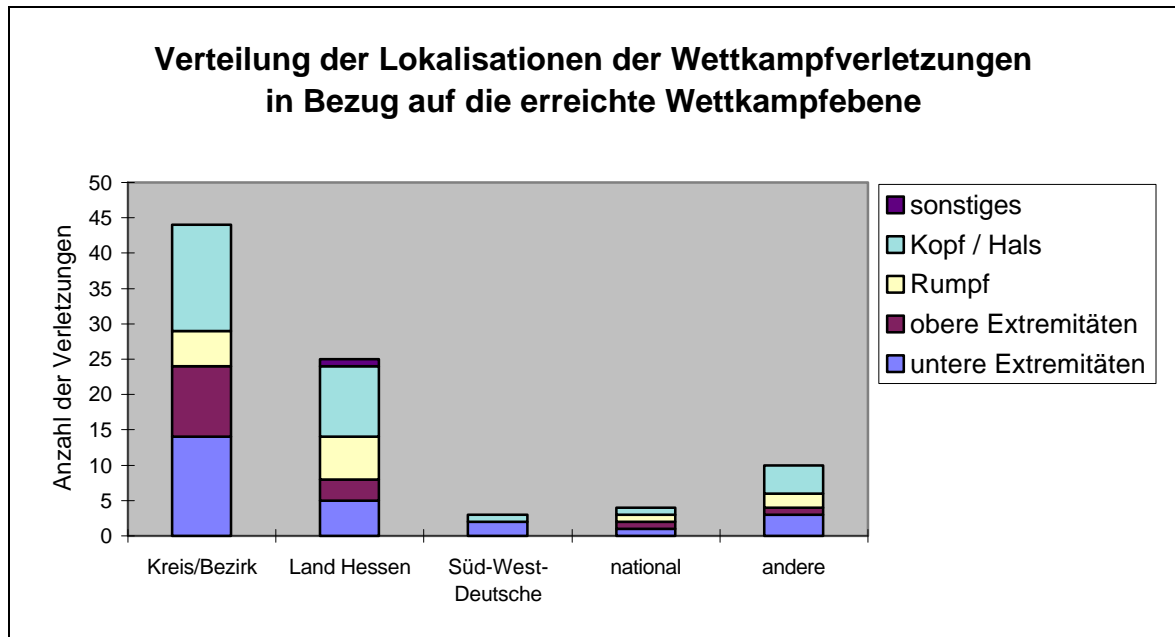


Abb. 55: Verteilung der Lokalisationen der Wettkampfverletzungen in Bezug auf die erreichte Wettkampfebene

### Verteilung der Lokalisationen der Lehrgangsverletzungen in Bezug auf die erreichte Wettkampfebene

Auch hier zeigen sich keine auffälligen Unterschiede.

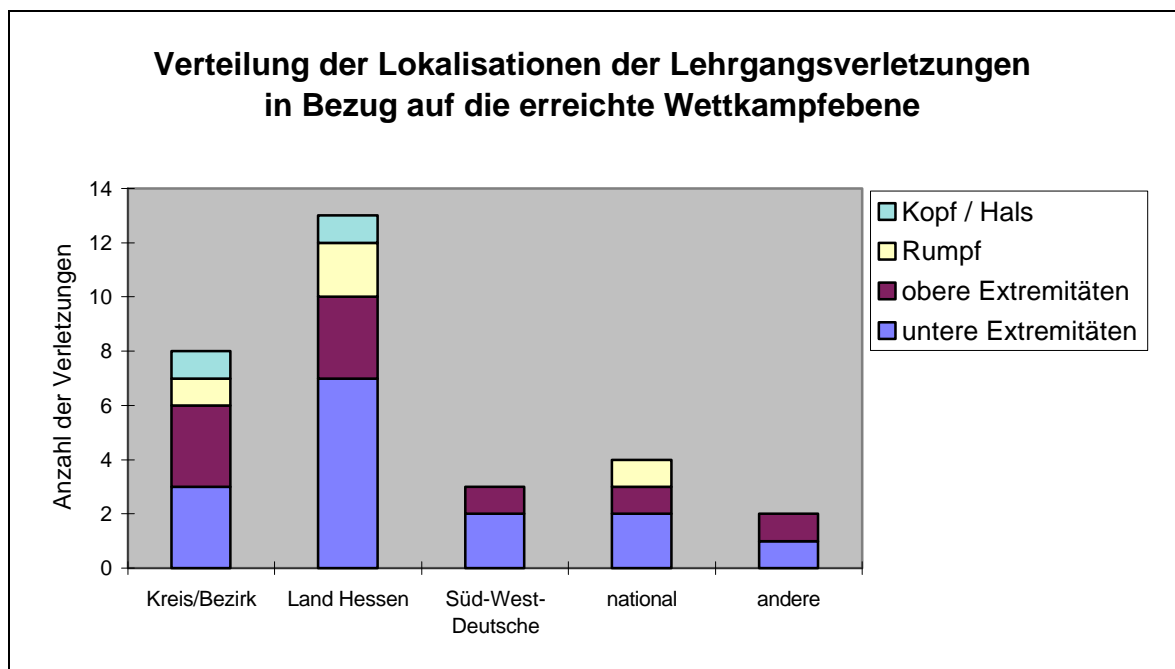


Abb. 56: Verteilung der Lokalisationen der Lehrgangsverletzungen in Bezug auf die erreichte Wettkampfebene



### Verteilung der einzelnen Lokalisationen von allen Verletzungen nach dem Verletzungshergang

Die Verletzungen durch Würfe verteilen sich zu 21,1 % auf Knie, zu 16,9 % auf Kopf, zu 8,5 % auf Rippen und zu jeweils wenigen Prozenten auf alle übrigen Körperpartien.

Die Verletzungen durch Bodentechniken verteilen sich relativ gleichmäßig auf alle Körperregionen, die Verletzungen bei Haltegriffen betreffen Finger, Daumen, HWS/Nacken, Hals, Kopf und Kreislauf. Die wenigen Verletzungen durch Hebeltechniken betreffen wie zu erwarten den Ellenbogen, die auch relativ seltenen Verletzungen durch Würgetechniken Hals und Kopf.

	gesamt	keine Angaben	Wurf	Bodentechnik	Haltegriff	Hebel	Würgegriff	sonstiges
Hüfte	-	-	-	-	-	-	-	-
Oberschenkel	4	-	3	-	-	-	-	1
Knie	18	-	15	2	-	-	-	1
Patella	2	-	1	1	-	-	-	-
Unterschenkel	4	-	4	-	-	-	-	-
Sprunggelenk	4	-	3	1	-	-	-	-
Mittelfuß	4	1	1	1	-	-	-	1
Großzehe	6	1	1	-	-	-	-	4
übrige Zehen	6	-	2	-	-	-	-	4
Schulter	6	1	3	1	-	-	-	1
Schlüsselbein	-	-	-	-	-	-	-	-
Oberarm	2	-	-	1	-	-	-	1
Ellenbogen	5	-	3	-	-	2	-	-
Unterarm	3	-	3	-	-	-	-	-
Handgelenk	1	-	-	1	-	-	-	-
Handwurzel/Mittelhand	2	-	2	-	-	-	-	-
Daumen	6	-	-	1	1	-	-	4
Finger	4	-	-	-	2	-	-	2
Rippen	6	-	6	-	-	-	-	-
Brustkorb ventral	1	-	-	1	-	-	-	-
Abdomen	1	-	1	-	-	-	-	-
BWS	1	-	-	-	-	-	-	1
LWS	-	-	-	-	-	-	-	-
HWS/Nacken	8	1	4	-	2	-	-	1
Hals	5	1	-	-	2	-	2	-
Rücken	4	-	3	-	-	-	-	1
Kopf	17	-	12	1	1	-	1	2
Auge	2	-	-	1	-	-	-	1
Nase	2	-	-	1	-	-	-	1
Hoden	4	-	4	-	-	-	-	-
Kreislauf	1	-	-	-	1	-	-	-
sonstiges	-	-	-	-	-	-	-	-

Tab. 11: Verteilung der Lokalisationen von allen Verletzungen nach dem Verletzungshergang

### **Verteilung der einzelnen Lokalisationen von allen Verletzungen in Bezug auf definierte verursachende Würfe**

Es können nur wenige Verletzungen in Bezug auf sie verursachende definierte Würfe ausgewertet werden, da von 42,3 % der Kinder und Jugendlichen der Wurf gar nicht benannt werden kann und von 15,5 % „Wurfansatz“ als Ursache angegeben wird.

Nicht näher definierte Fußwürfe führen zu Verletzungen an Unterschenkel und Sprunggelenk, durch Uchi-mata kommt es zu Verletzungen an Oberschenkel und Sprunggelenk, durch De-ashi-barai zu einer Verletzung des Ellenbogens.

Nicht näher definierte Hand- und Schulterwürfe verursachen Verletzungen an Knie und Rippen, der Seoi-nage Verletzungen an Knie, Großzehe und Schulter.

Lokalisation	gesamt	nicht bekannt	Fußwürfe	Uchi-mata	De-ashi-barai	Hand-/Schulterwürfe	Seoi-nage
Hüfte	-	-	-	-	-	-	-
Oberschenkel	3	2	-	1	-	-	-
Knie	15	4	-	-	-	1	1
Patella	1	-	-	-	-	-	-
Unterschenkel	4	1	1	-	-	-	-
Sprunggelenk	3	-	1	1	-	-	-
Mittelfuß	1	1	-	-	-	-	-
Großzehe	1	-	-	-	-	-	1
übrige Zehen	2	1	-	-	-	-	-
Schulter	3	1	-	-	-	-	1
Schlüsselbein	-	-	-	-	-	-	-
Oberarm	-	-	-	-	-	-	-
Ellenbogen	3	-	-	-	-	-	-
Unterarm	3	2	-	-	-	-	-
Handgelenk	-	-	-	-	-	-	-
Handwurzel/Mittelhand	2	1	-	-	-	-	-
Daumen	-	-	-	-	-	-	-
Finger	-	-	-	-	-	-	-
Rippen	6	2	-	-	-	1	-
Brustkorb ventral	-	-	-	-	-	-	-
Abdomen	1	1	-	-	-	-	-
BWS	-	-	-	-	-	-	-
LWS	-	-	-	-	-	-	-
HWS/Nacken	4	2	-	-	-	-	-
Hals	-	-	-	-	-	-	-
Rücken	3	2	-	-	-	-	-
Kopf	12	10	-	-	-	-	-
Auge	-	-	-	-	-	-	-
Nase	-	-	-	-	-	-	-
Hoden	4	-	-	-	-	-	-
Kreislauf	-	-	-	-	-	-	-
sonstiges	-	-	-	-	-	-	-

Tab. 12a: Verteilung der einzelnen Lokalisationen von allen Verletzungen in Bezug auf definierte verursachende Würfe

Durch nicht näher benannte Hüftwürfe treten Verletzungen an Knie und Sprunggelenk auf, durch O-goshi Verletzungen an Knie und Ellenbogen, durch Harai-goshi Verletzungen an Knie und HWS/Nacken.

Für den Selbstfallwurf Tomoe-nage typisch sind Hodenverletzungen, ferner finden sich Verletzungen an Schulter und Unterarm. Tani-otoshi führt zu einer Ellenbogenverletzung und Juko-otoshi zu einer Knieverletzung.

Bei Kontertechniken treten Knie-, Rippen-, Rücken- und Kopfverletzungen auf. Relativ häufig führt bereits der Wurfansatz zu Verletzungen, und zwar an Knie, Unterschenkel, Zehen, Hand, Rippen, HWS/Nacken, Kopf, Hoden und Patella.

Lokalisation	Hüftwürfe	O-goshi	Harai-goshi	Tomoe-nage	Tani-otoshi	Juko-otoshi	Konter	Wurfansatz
Hüfte	-	-	-	-	-	-	-	-
Oberschenkel	-	-	-	-	-	-	-	-
Knie	3	1	1	-	-	1	1	2
Patella	-	-	-	-	-	-	-	1
Unterschenkel	-	-	-	-	-	-	-	2
Sprunggelenk	1	-	-	-	-	-	-	-
Mittelfuß	-	-	-	-	-	-	-	-
Großzehe	-	-	-	-	-	-	-	-
übrige Zehen	-	-	-	-	-	-	-	1
Schulter	-	-	-	1	-	-	-	-
Schlüsselbein	-	-	-	-	-	-	-	-
Oberarm	-	-	-	-	-	-	-	-
Ellenbogen	-	1	-	1	1	-	-	-
Unterarm	-	-	-	1	-	-	-	-
Handgelenk	-	-	-	-	-	-	-	-
Handwurzel/Mittelhand	-	-	-	-	-	-	-	1
Daumen	-	-	-	-	-	-	-	-
Finger	-	-	-	-	-	-	-	-
Rippen	-	-	-	-	-	-	2	1
Brustkorb ventral	-	-	-	-	-	-	-	-
Abdomen	-	-	-	-	-	-	-	-
BWS	-	-	-	-	-	-	-	-
LWS	-	-	-	-	-	-	-	-
HWS/Nacken	-	-	1	-	-	-	-	1
Hals	-	-	-	-	-	-	-	-
Rücken	-	-	-	-	-	-	1	-
Kopf	-	-	-	-	-	-	1	1
Auge	-	-	-	-	-	-	-	-
Nase	-	-	-	-	-	-	-	-
Hoden	-	-	-	3	-	-	-	1
Kreislauf	-	-	-	-	-	-	-	-
sonstiges	-	-	-	-	-	-	-	-

Tab. 12b: Verteilung der einzelnen Lokalisationen von allen Verletzungen in Bezug auf definierte verursachende Würfe

### Seitenlokalisierung der Verletzungen

Bei den Verletzungen überwiegt die rechte Seite mit 61,7 % gegenüber der linken Seite mit 38,3 %.

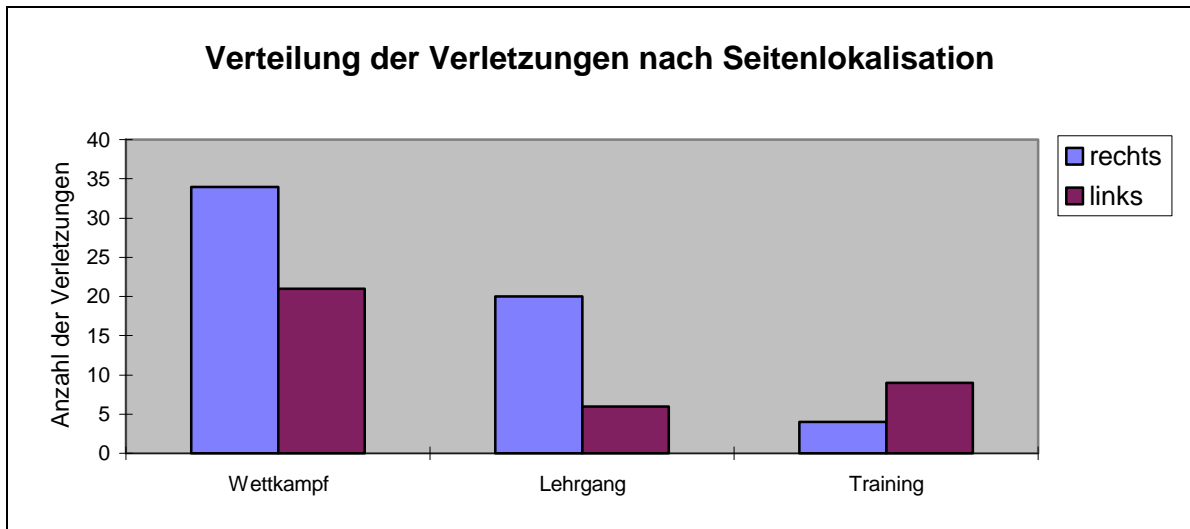


Abb. 57: Verteilung der Verletzungen nach Seitenlokalisierung

### Verteilung der Verletzungen in Bezug auf den Schweregrad

Unter leichten Verletzungen werden zusammengefaßt Hautverletzungen, Hämatome und kleinere Blutungen, unter mittelschweren Verletzungen Kontusionen, Distorsionen, Bänderzerrungen, Muskelzerrungen und Blockierungen und unter schweren Verletzungen Bänderrisse, Luxationen und Frakturen.

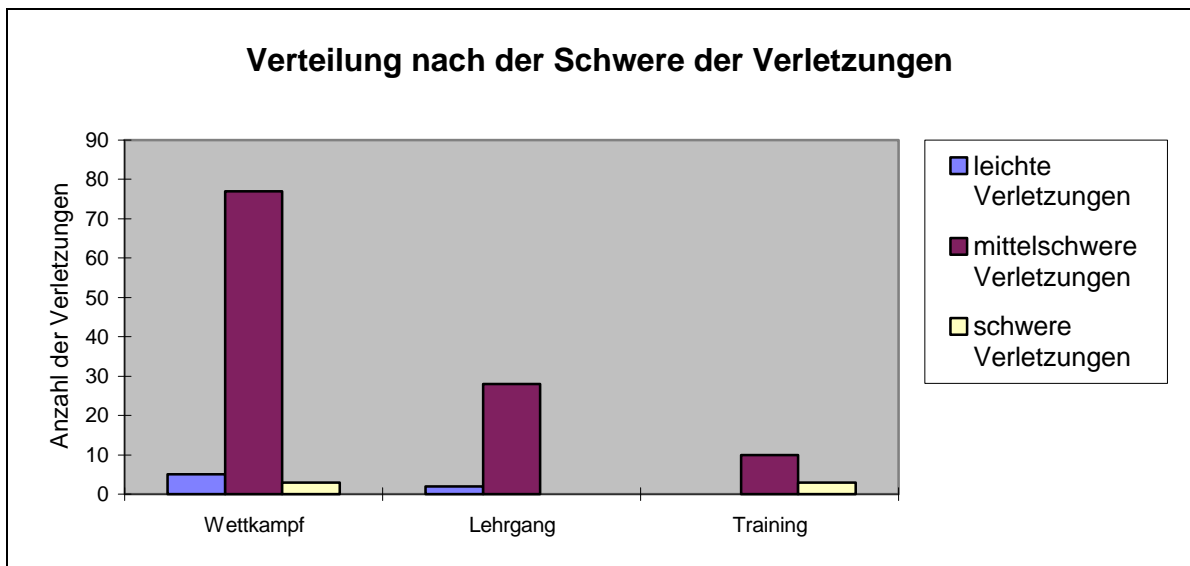


Abb. 58: Verteilung nach der Schwere der Verletzungen

Erfaßt werden insgesamt 89,8 % mittelschwere Verletzungen, nur 4,7 % schwere Verletzungen und 5,5 % leichte Verletzungen.

Die Zahl der leichten Verletzungen ist deshalb so niedrig, weil diese nur zum Teil fragebogenmäßig erfaßt worden sind.

Die mittelschweren Verletzungen beherrschen in allen drei Kategorien eindeutig das Verletzungsbild. Schwere Verletzungen finden sich bei den Wettkämpfen nur in 3,5 %, bei den Lehrgängen gar nicht.

Die Häufung der schweren Verletzungen beim Training dürfte verfälscht sein durch die insgesamt geringe Anzahl und die sicherlich größere Bereitschaft gerade dieser Judoka, den Fragebogen auszufüllen.

### **Verteilung der Verletzungsarten**

Bei der Gesamtzahl der Verletzungen überwiegen die Kontusionen mit 51,2 % vor den Distorsionen mit 27,9 %, mit Abstand gefolgt von Muskelzerrungen (7 %). Die übrigen Verletzungsarten treten nur in geringer Zahl auf, Frakturen finden sich in 3,1 %.

Dieser Gesamtverteilung entsprechen weitgehend auch die Wettkampfverletzungen. Bei den Lehrgangs- und Trainingsverletzungen sind Kontusionen und Distorsionen annähernd gleich häufig.

Verletzungsart	gesamt	Wettkampf	Lehrgang	Training
Hautverletzung	4	3	1	0
Hämatom	-	-	-	-
Kontusion	66	49	13	4
Distorsion	36	20	11	5
Bänderzerrung	1	1	-	-
Bänderriß	-	-	-	-
Luxation	1	1	-	-
Fraktur	4	2	-	2
Muskelzerrung	9	5	3	1
Blockierung	3	2	1	-
Blutung	1	1	-	-
sonstiges	4	2	1	1

Tab. 13: Verteilung der Verletzungsarten

Im folgenden wird der Zusammenhang der 3 schweren Wettkampfverletzungen mit verschiedenen Variablen in beschreibender Form wiedergegeben.

In 2 Fällen ist das männliche Geschlecht betroffen, in 1 Fall das weibliche. Es zeigt sich kein Zusammenhang mit Altersgruppe und Kyu-Grad. Die schweren Verletzungen verteilen sich auf die unteren und mittleren Gewichtsklassen.

Sie treten bei geringer und mittlerer Wettkampferfahrung auf, nicht bei einer Wettkampfhäufigkeit von 10 bis 15 Wettkämpfen pro Jahr. Es findet sich keine Korrelation zu Wettkampfebene und Trainingsintensität.

Bei allen 3 schweren Verletzungen ist am und vor dem Wettkampftag kein Gewicht abtrainiert worden. Es sind keine Verwarnungen während des Wettkampfs erfolgt und es findet sich kein Zusammenhang mit dem Wettkampfverlauf. Bei den 3 Verletzten bestehen keine Dauererkrankungen, einer dieser Judoka hat Gelenkschmerzen angegeben.

Unter den insgesamt 129 Verletzungen finden sich 6 schwere Verletzungen, davon sind 5 durch Würfe verursacht worden.



### **Verteilung der Arten aller Verletzungen in Bezug auf geschwächten Allgemeinzustand**

Es finden sich keine Korrelationen zwischen Verletzungsart und aktuell bestehenden körperlichen Beschwerden.

Verletzungsart	gesamt	Grippe	andere Verletzungen	Gelenk-schmerzen	Muskel-schmerzen	eingeschränkte Beweglichkeit	sonstiges
Hautverletzung	1	-	-	1	-	-	-
Kontusion	12	5	-	3	1	-	3
Distorsion	9	2	1	3	-	1	2
Bänderzerrung	-	-	-	-	-	-	-
Bänderriß	-	-	-	-	-	-	-
Luxation	1	-	-	1	-	-	-
Fraktur	-	-	-	-	-	-	-
Muskelzerrung	1	1	-	-	-	-	-
Blockierung	-	-	-	-	-	-	-
Blutung	-	-	-	-	-	-	-
sonstiges	1	1	-	-	-	-	-

Tab. 14: Verteilung der Arten aller Verletzungen in Bezug auf geschwächten Allgemeinzustand

### **Verteilung der Arten der Wettkampfverletzungen in Bezug auf die Aufwärmtechnik**

Es zeigt sich kein Einfluß der Aufwärmtechnik auf die Verletzungsart.

Verletzungsarten	gesamt	Laufen	Dehnen	judotyp. Techniken	sonstiges	Laufen + Dehnen	Laufen + judotyp.-Techniken	Laufen + sonstiges	Dehnen + judotyp.-Techniken	Laufen + Dehnen + judotyp.-	Laufen+ Dehnen+ sonstiges
Hautverletzung	3	1	-	-	-	1	1	-	-	-	-
Kontusion	47	6	2	1	1	9	6	-	1	18	3
Distorsion	18	1	1	1	-	5	1	1	1	7	-
Bänderzerrung	1	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-
Bänderriß	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Luxation	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Fraktur	2	-	-	-	-	-	-	1	-	1	-
Muskelzerrung	5	-	1	-	-	2	-	-	-	2	-
Blockierung	2	-	-	-	-	1	-	-	-	1	-
Blutung	1	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-
sonstiges	2	-	-	-	-	-	-	-	-	2	-

Tab. 15: Verteilung der Arten der Wettkampfverletzungen in Bezug auf die Aufwärmtechnik

### **Verteilung der Arten aller Verletzungen in Bezug auf den Verletzungshergang**

Kontusionen werden zu einem überwiegenden Teil durch Würfe verursacht (69,7 %), mit Abstand folgen Bodentechniken (10,6 %), Haltegriffe (7,6 %) und Würgegriffe (4,5 %). Distorsionen entstehen zu 41,7 % durch Würfe, zu 8,3 % durch Haltegriffe, zu je 5,6 % durch Boden- und Hebeltechniken. Die 1 Luxation und 3 der 4 Frakturen sind durch Würfe hervorgerufen worden.

Verletzungsart	gesamt	keine	Wurf	Boden- techniken	Haltegriff	Hebel	Würgegriff	sonstiges
Hautverletzung	4	1	-	2	-	-	-	1
Kontusion	66	2	46	7	5	-	3	3
Distorsion	36	-	15	2	3	2	-	14
Bänderzerrung	1	-	-	1	-	-	-	-
Bänderriß	-	-	-	-	-	-	-	-
Luxation	1	-	1	-	-	-	-	-
Fraktur	4	-	3	-	-	-	-	1
Muskelzerrung	9	1	4	1	-	-	-	3
Blockierung	3	1	1	-	-	-	-	1
Blutung	1	-	-	-	-	-	-	1
sonstiges	4	-	1	-	1	-	-	2

Tab. 16: Verteilung der Arten aller Verletzungen in Bezug auf den Verletzungshergang

### **Verteilung der Arten aller Verletzungen in Bezug auf einzelne verursachende Würfe**

Es zeigt sich kein Einfluß einzelner zu Verletzungen führender Würfe auf die Verletzungsart.

Verletzungsart	unbekannt	Fußwürfe	Uchi- mata	De-ashi- barai	Hand- /Schulterwürfe	Seoi-nage	Hüftwürfe	O-goshi
Kontusion	21	1	1	1	1	2	3	1
Distorsion	4	1	1	-	1	1	1	1
Luxation	-	-	-	-	-	-	-	-
Fraktur	2	-	-	-	-	-	-	-
Muskelzerrung	2	-	-	-	-	-	-	-
Blockierung	1	-	-	-	-	-	-	-
sonstiges	-	-	-	-	-	-	-	-
Summe	30	2	2	1	2	3	4	2

Verletzungsart	Harai-goshi	Tomoe-nage	Tani- otoshi	Juko-otoshi	Konter	Wurfansatz	gesamt
Kontusion	-	4	-	1	5	5	46
Distorsion	-	-	-	-	-	5	15
Luxation	-	-	-	-	-	1	1
Fraktur	-	-	1	-	-	-	3
Muskelzerrung	1	1	-	-	-	-	4
Blockierung	-	-	-	-	-	-	1
sonstiges	1	-	-	-	-	-	1
Summe	2	5	1	1	5	11	71

Tab.17: Verteilung der Arten aller Verletzungen in Bezug auf einzelne verursachende Würfe

### **2.3.3 Daten zu früheren Verletzungen**

Im Fragebogen werden die 107 verletzten Judoka nach früheren Verletzungen befragt, wobei zwischen leichten Verletzungen, als Verletzungen ohne Trainingspause, und schweren Verletzungen, als Verletzungen mit Trainingspause, unterschieden wird. Von den 107 Judoka werden insgesamt 122 frühere Verletzungen angeben, davon 71 ohne Trainingspause und 51 mit Trainingspause.

Im folgenden wird der hier benutzte Begriff von leicht und schwer in dieser Definition vermieden, um zu keiner Verwirrung zu führen.

#### **Verteilung der früheren Verletzungen in Bezug auf die Lokalisation der betroffenen Körperregion**

In der Gesamtheit, sowie bei früheren Verletzungen ohne Trainingspause überwiegen die unteren Extremitäten vor den oberen Extremitäten, gefolgt von Kopf/Hals und Rumpf. Bei den früheren Verletzungen mit Trainingspause wird die Lokalisation Kopf/Hals seltener angegeben, und zwar in gleicher Häufigkeit wie die Lokalisation Rumpf; auch hier stehen die Verletzungen der unteren Extremitäten an erster Stelle.

Lokalisation	frühere Verletzungen ohne Trainingspause	prozentualer Anteil	frühere Verletzungen mit Trainingspause	prozentualer Anteil	gesamt	prozentualer Anteil
untere Extremitäten	32	45.1	26	51.0	58	47.5
obere Extremitäten	23	32.4	15	29.4	38	31.1
Rumpf	4	5.6	5	9.8	9	7.4
Kopf/Hals	12	16.9	5	9.8	17	13.9

Tab. 18: Verteilung früherer Verletzungen in Bezug auf die Lokalisation der betroffenen Körperregion

#### **Verteilung der früheren Verletzungen in Bezug auf die einzelnen Lokalisationen**

Bei der Gesamtzahl der früheren Verletzungen wird mit 21,3 % am häufigsten das Knie angegeben zuzüglich mit 5,7 % Verletzungen der Patella, gefolgt von Verletzungen des Sprunggelenks und der Finger, des Ellenbogens sowie Verletzungen an Schulter, Handgelenk und Kopf.

Bei den Verletzungen ohne Trainingspause führen ebenfalls Verletzungen der Knie (21,1 %) vor Verletzungen der Finger und des Sprunggelenks. Ellenbogenverletzungen treten zu 7 % auf!

Auch bei den Verletzungen mit Trainingspause überwiegen die Knie (21,6 %) zuzüglich Patella (13,7 %), gefolgt von Ellenbogen und Sprunggelenk.

Lokalisation	frühere Verletzungen ohne Trainingspause	prozentualer Anteil	frühere Verletzungen mit Trainingspause	prozentualer Anteil	gesamt	prozentualer Anteil
Oberschenkel	1	1.4	-	0.0	1	0.8
Knie	15	21.1	11	21.6	26	21.3
Patella	-	0.0	-	0.0	-	0.0
Unterschenkel	-	0.0	-	0.0		0.0
Sprunggelenk	9	12.7	5	9.8	14	11.5
Mittelfuß	-	0.0	-	0.0	-	0.0
Großzehe	2	2.8	2	3.9	4	3.3
übrige Zehen	2	2.8	1	2.0	3	2.5
Schulter	4	5.6	3	5.9	7	5.7
Schlüsselbein	-	0.0	2	3.9	2	1.6
Oberarm	-	0.0	-	0.0	-	0.0
Ellenbogen	5	7.0	5	9.8	10	8.2
Unterarm	-	0.0	1	2.0	1	0.8
Handgelenk	5	7.0	2	3.9	7	5.7
Handwurzel/Mittelhand	-	0.0	-	0.0	-	0.0
Daumen	1	1.4	1	2.0	2	1.6
Finger	11	15.5	3	5.9	14	11.5
Rippen	2	2.8	1	2.0	3	2.5
Brustkorb ventral	2	2.8	-	0.0	2	1.6
Abdomen	-	0.0	-	0.0	-	0.0
BWS	-	0.0	2	3.9	2	1.6
LWS	-	0.0	-	0.0	-	0.0
HWS/Nacken	3	4.2	2	3.9	5	4.1
Hals	2	2.8	-	0.0	2	1.6
Rücken	-	0.0	-	0.0	-	0.0
Kopf	5	7.0	2	3.9	7	5.7
Auge	-	0.0	-	0.0	-	0.0
Nase	2	2.8	1	2.0	3	2.5
Hoden	-	0.0	-	0.0		0.0
Kreislauf	-	0.0	-	0.0	-	0.0
sonstiges	-	0.0	-	0.0	-	0.0

Tab. 19: Verteilung der Lokalisationen früherer Verletzungen

### **Verteilung der früheren Verletzungen nach Schweregrad**

Nach der unter 2.3.3 benutzten Aufteilung der Schwere der Verletzungen findet sich bei der Gesamtheit früherer Verletzungen ein hoher Prozentsatz an mittelschweren und mit 26,4 % ein im Verhältnis sehr hoher Prozentsatz an schweren Verletzungen. Die früheren Verletzungen mit Trainingspause sind zu 60,8 % schwere Verletzungen, die als „leicht“ eingestuften Verletzungen ohne Trainingspause dagegen sind nach ihrer Art nur zu 11,4 % leicht, zu 87,1 % dagegen mittelschwer. Bei diesem hohen Anteil ist trotz Verletzung weitertrainiert worden!

Schweregrad der Verletzung	frühere Verletzungen ohne Trainingspause	prozentualer Anteil	frühere Verletzungen mit Trainingspause	prozentualer Anteil	gesamt	prozentualer Anteil
leicht	8	11.4	0	0.0	8	6.6
mittelschwer	61	87.1	20	39.2	81	66.9
schwer	1	1.4	31	60.8	32	26.4

Tab.20: Verteilung der früheren Verletzungen nach Schweregrad

### **Verteilung der früheren Verletzungen nach der Art**

Bei allen früheren Verletzungen ist die Häufigkeit der Distorsionen wesentlich größer als die der Kontusionen. 14 % der früheren Verletzungen sind Frakturen, 5 % Luxationen und Bänderzerrungen, 2,5 % Bänderrisse.

Verletzungsart	frühere Verletzungen ohne Trainingspause	prozentualer Anteil	frühere Verletzungen mit Trainingspause	prozentualer Anteil	gesamt	prozentualer Anteil
Hautverletzung	1	1.4	-	0.0	1	0.8
Hämatom	1	1.4	-	0.0	1	0.8
Kontusion	21	30.0	6	11.8	27	22.3
Distorsion	34	48.6	11	21.6	45	37.2
Bänderzerrung	5	7.1	1	2.0	6	5.0
Bänderriß	-	0.0	3	5.9	3	2.5
Luxation	-	0.0	6	11.8	6	5.0
Fraktur	1	1.4	16	31.4	17	14.0
Muskelzerrung	-	0.0	-	0.0	-	0.0
Blockierung	-	0.0	-	0.0	-	0.0
Blutung	2	2.9	-	0.0	2	1.7
sonstiges	5	7.1	8	15.7	13	10.7

Tab. 21: Verteilung der früheren Verletzungen nach der Art

### **Verteilung der früheren Verletzungen nach der Seitenlokalisation**

Generell zeigt sich mit ca. 60 % ein Überwiegen der rechtsseitigen Verletzungen.



Seite	frühere Verletzungen ohne Trainingspause	prozentual er Anteil	frühere Verletzungen mit Trainingspause	prozentualer Anteil	gesamt	prozentualer Anteil
rechts	25	64.1	24	58.5	49	61.3
links	14	35.9	17	41.5	31	38.8

Tab. 22: Seitenlokalisation früherer Verletzungen

## **2.4 Diskussion der Daten zu den aktuellen Verletzungen allgemein, zu Verletzungslokalisation und -art und zu früheren Verletzungen**

In meiner Untersuchung konnte im Gegensatz zu allen unter 2.1.1 angeführten Statistiken eine Aussage über die Häufigkeit von Verletzungen erfolgen, die durch direkte Beobachtung der Wettkämpfe und Lehrgänge entstand. Alle genannten Statistiken ermittelten die Häufigkeit lediglich retrospektiv und können deshalb vom Ansatz her nur mit der von mir ermittelten Statistik früherer Verletzungen verglichen werden.

In der Literatur ist nur bei *MENGE* [46] eine kurze Angabe zur Inanspruchnahme eines Mattenarztes während eines Judoturniers (internationale deutsche Einzelmeisterschaft der A-Jugend weiblich) zu finden mit 53 Konsultationen bei 350 Teilnehmern, darunter 33 Matteneinsätze. Ärzte sind im allgemeinen nur bei hochrangigen oder internationalen Judo-Turnieren anwesend.

In meiner Untersuchung traten *Wettkampfverletzungen* bei einer Teilnehmerzahl von 1705 Judoka zu 9,6 % auf. Läßt man die Bagatellverletzungen (1,9 %) unberücksichtigt, reduziert sich die Häufigkeit auf 7,6 %.

Bezogen auf 88 *Lehrgangsteilnehmer* ermittelte ich eine Verletzungshäufigkeit von 37,5 %. Werden die Bagatellverletzungen nicht berücksichtigt, ergab sich eine Verletzungshäufigkeit von 32 %. Hier spielen Faktoren wie körperliche Erschöpfung, Abnahme von Schnelligkeit und Reaktionsgeschwindigkeit nach der wesentlich längeren Trainingsdauer, sowie Übermüdung, Unkonzentriertheit und Muskelkater am zweiten Lehrgangstag eine große Rolle. Außerdem werden bei den Lehrgängen auch bisher unbekannte Techniken geübt, die mangels Koordination vermehrt Verletzungen herbeiführen können. Wie beim Training befinden sich oft viele Judoka in unmittelbarer Nachbarschaft auf der Mattenfläche.

Bei der Verteilung der Wettkampfverletzungen auf die beiden Geschlechter war die Verletzungsquote der Mädchen tendenziell höher. Betrachtet man die *Geschlechtsverteilung* in den einzelnen Altersgruppen, so fand sich eine auffällige Häufung der Verletzungen bei männlichen Judoka der Altersgruppe U13 und bei weiblichen Judoka der Altersgruppe U19. Auch in den Altersgruppen U15/U16 und U11 liegt die Verletzungsquote der Mädchen über den Durchschnitt der weiblichen Wettkampfteilnehmer. Weibliche Judoka der Altersgruppe U19 kämpfen extrem aggressiv mit vollem Einsatz. In dieser Altersgruppe befinden sich nur noch stark motivierte weibliche Judoka, die übrigen Mädchen betreiben Judo meistens nur bis zur Pubertät. Auch sie kämpfen oft verbissener als die Jungen. In der Altersgruppe U13 sind die weiblichen Judoka in ihrer Entwicklung den männlichen voraus, sie sind beweglicher und verletzen sich seltener. Den männlichen Judoka fehlt in diesem Alter noch eine ausreichende Technik und Kontertechnik, sie kämpfen mit mehr Kraft und sind daher verletzungsanfälliger.

Bei der Verteilung der Wettkampfverletzungen im Vergleich zu der Verteilung der genauer ausgewerteten 493 Wettkampfteilnehmer fiel bei Judoka der Altersgruppe U15/U16 eine geringere und bei Judoka der Altersgruppe U13 eine höhere Verletzungszahl auf. Letzteres

korreliert mit den Ausführungen zur höheren Verletzungsanfälligkeit der männlichen U13, da die männlichen Judoka in der jeweiligen Altersgruppe zu ca. 70 % vertreten waren.

Bei der *Gewichtsverteilung* der Wettkampfverletzungen im Vergleich zur Gewichtsverteilung der Wettkampfteilnehmer wurde eine geringere Verletzungshäufigkeit in den Gewichtsklassen 1 und 2 (unterste Gewichtsklassen) und eine höhere Verletzungshäufigkeit in den Gewichtsklassen 7 und 8 festgestellt. Dies bestätigte sich auch, wenn die Gewichtsklassen zusammengefaßt wurden: eine geringere Verletzungshäufigkeit im Wettkampf bei den Leichtgewichten und eine höhere Verletzungshäufigkeit bei den Schwergewichten. Zu erklären ist dies dadurch, daß Schwergewichte eher unbeweglich kämpfen unter vermehrtem Kraftaufwand.

Bei den Lehrgangs- und Trainingsverletzungen verkehrte sich dies ins Gegenteil: eine höhere Anzahl an Verletzungen bei Leichtgewichten und eine niedrigere Anzahl bei Schwergewichten. Diese Zahlen konnten jedoch nicht mit der Gewichtsverteilung aller Lehrgangs- und Trainingsteilnehmer verglichen werden, da diesbezüglich keine Daten vorlagen. Zu berücksichtigen sind die Besonderheiten eines Lehrgangs: Trainiert wird im Wechsel aller Lehrgangsteilnehmer unabhängig von Gewichtsklasse und Geschlecht. Ein Schwergewichtiger wird häufiger mit Judoka leichter Gewichtsclassen kämpfen, während ein leichtgewichtiger Judoka häufiger auf Schwerere trifft. Dies spielt vor allem beim Randori (dem Übungskampf) eine Rolle.

Bei Betrachtung des *Ausbildungsstandes* fiel auf, daß die Wettkampfverletzungen nur zweimal einen 1. Kyu und einmal einen vierten Kyu betrafen. Über die Verletzungshäufigkeit in Abhängigkeit von Kyu-Graden kann jedoch keine Aussage getroffen werden.

Bei höherer *Wettkampferfahrung* wurden nur wenige Verletzungen registriert. Da keine Aussage zur Häufigkeit getroffen werden kann, mag dies an einer allgemein geringeren Zahl Jugendlicher mit hoher Wettkampferfahrung liegen. Es könnte sich aber auch dadurch erklären, daß diese Judoka besser mit der Wettkampfsituation zurecht kommen, konzentrierter sind und sich durch störende Einflüsse aus der Umgebung (Verhalten des Publikums, der Trainer, der Kampfrichter) nicht so schnell aus der Ruhe bringen lassen. Die Wettkampfintensität ist bei erwachsenen Judoka wesentlich höher, wie aus dem Artikel von BRÜGGEMANN [11] zu entnehmen ist: Jeweils 25% der befragten Dan-Träger nahmen an 16 bis 30 bzw. 31 und mehr Wettkämpfen pro Jahr teil, während 20 Prozent nur 1 bis 15 Wettkämpfe pro Jahr angaben.

Es zeigte sich kein Einfluß der *Wettkampfebene* auf die Verteilung der Verletzungen.

Bezüglich der *Trainingsintensität* wurden von 56,6 % der erfaßten Judoka 2 Trainingseinheiten pro Woche angegeben. Judoka höherer Altersgruppen trainierten eher häufiger, ebenso die Lehrgangsteilnehmer (alles Bezirkskader). Die Trainingsintensität ist bei Kindern und Jugendlichen erwartungsgemäß niedriger als bei Erwachsenen, dies zeigt ein Vergleich zu den Daten von SCHERBAUM [55] (höchste Trainingsintensität 3x pro Woche) und BRÜGGEMANN [11] (Trainingsintensität von Schwarzgurtträgern zu ca. 50% mit 4 bis 6 Stunden pro Woche, zu ca. 47,5 % mit 6 Stunden pro Woche und mehr).

73 der 107 verletzten Judoka betrieben zusätzlich zu Judo eine *andere Sportart*. Am häufigsten wurden Fußball und Inline Skating angegeben, beides kniebelastende Sportarten.

Als *bevorzugte Techniken* wurden von den Judoka mit Wettkampfverletzungen vorwiegend Techniken im Stand, von jenen mit Trainingsverletzungen vorwiegend Bodentechniken

angegeben. Dies stimmt im Hinblick auf die Wettkampfverletzungen damit überein, daß der überwiegende Teil aller Verletzungen durch Würfe verursacht wurde. Bezüglich der Lehrgangsverletzungen besteht eine Diskrepanz.

Als *bevorzugte Würfe* der jugendlichen Judoka wurden angegeben: Seoi-nage, Harai-goshi, Tai-otoshi, O-goshi, der Sammelbegriff Hüftwürfe.

Die Verteilung der bevorzugten Würfe der jugendlichen Judoka steht in krassem Gegensatz zu der in der Dissertation von *HANS-GERD TERHART* [63] angegebenen Verteilung der bevorzugten Würfe nach jahrzehntelanger Sportausübung. Als die sieben bevorzugtesten Würfe wurden von *TERHART* angegeben: Uchi-mata, Seoi-nage, Ko-uchi-gari, De-ashi-barai, O-soto-gari, O-uchi-gari, Tai-otoshi. Diese sind mit Ausnahme von Seoi-nage und Tai-otoshi allesamt Fußwürfe. Als beliebtester Wurf der Judoka mit 10 bis 24 Jahren Judoerfahrung wurde der Uchi-mata angegeben, als beliebtester Wurf nach dem 25. Lebensjahr der Seoi-nage und als beliebtester Wurf der weiblichen Judoka der Ko-uchi-gari.

Auffällig ist, daß bei den jugendlichen Judoka keinerlei Fußwürfe bevorzugt wurden. Der Vorzug dieser Würfe erweist sich wohl erst nach deren vollendeter Beherrschung nach jahrzehntelangem Training und bei ausreichendem Bewegungsgefühl, da erfolgreiche Fußwürfe ein exaktes Timing erfordern. Jugendliche bevorzugten Hüftwürfe (u.a. O-goshi, Harai-goshi) noch vor Hand-/Schulterwürfen (u.a. Seoi-nage, Tai-otoshi), nach der Reihenfolge der Beliebtheit einzelner Würfe: Seoi-nage, O-goshi, Tai-otoshi und Harai-goshi. Diese sind in der Ausführung einfacher zu erlernen. Bezogen auf die Gesamtzahl der Verletzten wurde jedoch auch schon hier der Seoi-nage bevorzugt, eindeutig jedoch von dem männlichen Geschlecht und von den älteren Jugendlichen (U18 und U15). Die jüngeren Judoka (U13 und U11) bevorzugten den O-goshi, die weiblichen jugendlichen Judoka den Harai-goshi.

Das Tragen von *Bandagen* ist durchaus auch bei den Jugendlichen verbreitet und nahm erwartungsgemäß mit höherem Leistungsniveau zu. Auffällig ist jedoch, daß nur selten Tapeverbände angelegt wurden. Dies wäre z.B. notwendig nach den häufig lange schmerzenden Traumen an Fingern und Zehen, um späteren Arthrosen vorzubeugen.

Auffällig war auch die relativ hohe Zahl der Verletzungen bei *geschwächtem Allgemeinzustand*. Bei Kindern und Jugendlichen im Breitensportbereich sollte es noch möglich sein, Verletzungen und akute Erkrankungen auszukurieren. Dies ist sicherlich ein Verletzungsrisiko, das vermeidbar wäre.

Nur 1 Trainingsverletzung, eine linksseitige Oberschenkelfraktur, mußte *operativ behandelt* werden.

Zum *Aufwärmen* wird häufig auch gedehnt. Die *Muskeldehnung* vor dem Wettkampf ist nicht unbedingt von Nutzen, denn vor einer Maximalbelastung sollte die Spannung der Muskulatur erhöht werden. Durch rein passives Dehnen wird sie jedoch herabgesetzt. Eine Alternative ist die Dehnung mit kurzem Nachfedern in der Endposition.

Die Angaben über die Aufwärmdauer vor dem Wettkampf sind nicht verwertbar, da häufig zwischen dem generellen anfänglichen Aufwärmen und dem Beginn des Wettkampfs des Einzelnen große Zeitspannen liegen. Der Wert einer ausreichend langen Aufwärmphase dürfte unbestritten sein.

Bei 7 % der Verletzungen wurde am Wettkampftag, bei 5 % vor dem Wettkampftag *Gewicht abtrainiert*. Wenn überhaupt Gewicht abtrainiert wird, sollte dies mehrere Tage vor dem Wettkampf erfolgen. Wird am Wettkampftag noch Gewicht „gemacht“, so geschieht dies

ausschließlich über Flüssigkeitsverluste häufig gefolgt von Elektrolytverschiebungen. Dies ist bekanntermaßen für den Körper schädlich und erhöht das Verletzungsrisiko. Die negativen Folgen können auch nicht dadurch beseitigt werden, daß direkt nach dem Wiegen große Mengen Flüssigkeit und Nahrung aufgenommen werden.

Ein Einfluß von *Verwarnungen* auf das Verletzungsrisiko während des einzelnen Kampfes scheint gegeben. Dies hängt natürlich auch von dem „Ton“ des Kampfrichters ab. Bei den Kleinen wird hier im allgemeinen die gebührende Nachsicht geübt. Einen älteren Judoka dagegen beeinträchtigt eine scharfe Verwarnung. Er kommt dadurch in Erfolgswang und riskiert mehr.

Der *Wettkampfverlauf* vor der Verletzung (Siege, Niederlagen) scheint keinen Einfluß auf das Verletzungsrisiko zu haben.

Die Frage, ob die Verletzung durch einen *Fehler des Gegners* oder durch *eigenen Fehler* entstanden ist, wurde sehr subjektiv beantwortet, bedingt durch die Befangenheit bei der Beurteilung der Ursache für die eigene Niederlage im Wettkampf. Eine Aussage ist hier nicht möglich.

Der überwiegende Teil der Verletzungen (55 %) wurde *durch Würfe verursacht*, wobei keine Häufung einzelner Würfe eruiert werden konnte. Nur relativ wenige Jugendliche konnten den zur Verletzung führenden Wurf des Gegners genauer definieren.

Hieraus ersichtlich ist die große Bedeutung des Beherrschens der Fallschule, denn diese benötigt man besonders bei unsauberen Würfen des Gegners als Selbstschutz. Von enormer Wichtigkeit ist ebenfalls eine exakte Wurftechnik, d.h. Beherrschen des Gleichgewichtbrechens und kräfteschonende Wurfausführung (Prinzip der höchsten Wirksamkeit). Je instabiler der Gegner steht, desto leichter ist er zu werfen. Bei mangelnder Wurftechnik muß der Werfer mit hohem Kraftaufwand unter ungünstigen Winkeln arbeiten. Dies bedeutet ein höheres Verletzungsrisiko bei dem Geworfenen, aber auch eine wesentlich höhere Belastung der Gelenke und Bänder des Werfenden. Auch für ihn entsteht ein vermehrtes Verletzungsrisiko, sowie das Risiko von Spätschäden. Beides - Beherrschen der Fallschule und saubere Wurftechnik - kann nur durch eine intensive Technikschiulung durch den Trainer erreicht werden.

Lediglich 10 % der Verletzungen wurden durch Bodentechniken verursacht und nur ein ganz geringer Prozentsatz durch Hebel- und Würgegriffe. Hebel- und Würgegriffe werden im Jugendbereich vom Kampfrichter im allgemeinen frühzeitig durch Ippon (Sieg) beendet.

In der Gesamtstatistik der *Verletzungslokalisationen* jugendlicher Judoka zeigte sich folgende Verteilung: untere Extremitäten 38 %, Kopf/Hals 26,4 %, obere Extremitäten 20,9 %, Rumpf 14 %. Bezieht man sich nur auf die Wettkampfverletzungen, so traten Verletzungen an Kopf/Hals mit 36,5 % noch häufiger auf als Verletzungen an den unteren Extremitäten mit 29,4 %. Dies ist besonders hervorzuheben. Im Wettkampf wird wesentlich aggressiver gekämpft, Haltegriffe werden mit mehr Kraft angewandt, auch Würgegriffe werden häufiger und intensiver eingesetzt. Es dürfte ferner zu erklären sein durch die Besonderheit meiner Statistik: Es wurden die Verletzungen während des Wettkampfgeschehens registriert. Bei allen anderen Statistiken wurden die Daten retrospektiv erhoben.

Bei Betrachtung der einzelnen Lokalisationen führten in der Gesamtstatistik Knieverletzungen vor Kopfverletzungen und Verletzungen im Bereich von HWS und Nacken, bei den Wettkampfverletzungen führten die Kopfverletzungen vor Verletzungen an HWS/Nacken und Knieverletzungen. Dies entspricht der Verteilung in den übergeordneten Körperregionen. In

Übereinstimmung damit steht, daß bei den Lehrgangsverletzungen Knieverletzungen an erster Stelle standen.

Bei Differenzierung der Knieverletzungen überwogen die Kontusionen deutlich vor den Distorsionen. Ursächlich sind sicherlich die häufigen Aufpralltraumen. Die Verletzungen an HWS und Nacken beinhalteten Kontusionen, Distorsionen, Muskelzerrungen und Blockierungen. Verursacht werden diese vorwiegend durch Haltegriffe und Würgegriffe. Die Schädelverletzungen waren meistens Kontusionen.

Im folgenden wird meine Statistik mit den unter 2.1.1 beschriebenen Erhebungen anderer Verfasser verglichen.

Autoren	Brüggemann <sup>1</sup>	Menge <sup>2</sup>	Steinbrück <sup>3</sup>	Perren und Biener <sup>4</sup>	Scherbaum <sup>5</sup>	Ganschow <sup>6</sup>	Erdmann <sup>7</sup>
Anzahl der Verletzungen	1716	829	120	285	1661	1907	<b>129</b>
Anzahl der Sportler	410	-	104	242	270	680	<b>107</b>
obere Extr. einschl. Schulter	39.9	42.6	32.5	23 (m), 12 (w)	46 (m), 42 (w)	46.6	<b>22.7</b>
obere Extr.	-	22.1	13.4	-	38 (m), 35 (w)	-	<b>18</b>
Wirbelsäule	16.9**	-	10	-	1 (m), 2 (w)	4.4	<b>7</b>
untere Extr.	43.2	33.8	50.8	35 (m), 59 (w)	32 (m), 39 (w)	38.9	<b>37.4</b>
Kopf	-	13	1.7	10 (m), 0 (w)	10 (m), 8 (w)	7.1	<b>16.4</b>
Schulter	-	20.5	19.1	-	8 (m), 7 (w)	16.9	<b>4.7</b>
sonstiges	-	10.6	-	22 (m), 29 (w)	11 (m), 9 (w)	3	<b>16.5</b>

Tab. 23: Vergleichende Darstellung der Lokalisation von Judoverletzungen (in Prozent) meiner Daten mit mehreren Autoren

1: Dan-Träger NRW

2: Schadensmeldungen bei Sportversicherung NRW 1979

3: Judoverletzte in Sportambulanz der Orthopädischen Univ. Klinik Heidelberg

4: Judoportunfälle Schweiz (Erwachsene, Nationalkader), über 10 Jahre

5: Verletzungen von Judoka an Leistungszentren (ab 16 Jahre)

6: alle Alters- und Leistungsklassen

7: Kinder und Jugendliche auf Breitensportebene

\*\* einschließlich Kopf und Brustkorb

Die Anzahl der Verletzungen der Kinder und Jugendlichen an den unteren Extremitäten entspricht den in Tab. 24 angegebenen Häufigkeiten. Kopfverletzungen sind häufiger, Schulterverletzungen sind deutlich seltener und Verletzungen an den oberen Extremitäten mit einer Ausnahme tendenziell seltener. Die Zahl der Wirbelsäulenverletzungen ist nur deshalb so hoch, weil hier fast ausschließlich HWS- und Nackenverletzungen eingehen. Es bestehen somit deutliche Unterschiede der Verteilung der aktuell erfaßten Verletzungslokalisationen bei Kindern/Jugendlichen und den retrospektiv erfaßten Daten bei Erwachsenen.

Erklärbar ist dies dadurch, daß die aktuell erfaßten gehäuften Verletzungen an Kopf, HWS und Nacken den Judoka meistens nur kurzzeitig beeinträchtigen, schnell aus der Erinnerung verschwinden und daher bei retrospektiven Studien nicht in Erscheinung treten. Die niedrigere Zahl der Verletzungen an Schultern und oberen Extremitäten scheint spezifisch für das Kindes- und Jugendalter zu sein. Das Überwiegen anderer Lokalisationen ist möglicherweise dadurch bedingt, daß die Verletzungsursache bereits im fehlerhaften Wurfansatz liegt und der durch mangelnde Kraft und/oder Technik der Jugendlichen falsch

angesetzte Wurf, der ein gefährliches Auftreffen auf Schulter und/oder Arm zur Folge hätte, gar nicht erst zustande kommt.

Wie ausgeführt wurden die meisten Verletzungen durch Würfe verursacht. Diese betrafen überwiegend die unteren Extremitäten - mit großem Abstand zu Verletzungen an Kopf/Hals und Rumpf - und nur zu einem geringen Teil die oberen Extremitäten. Dies bestätigt die beschriebene Verteilung der Verletzungslokalisation in übergeordneten Körperregionen. Bei der Differenzierung nach Einzellokalisationen fanden sich mit abnehmender Häufigkeit Verletzungen an Knie, Kopf und Rippen. Das Überwiegen der unteren Extremitäten könnte wie bereits ausgeführt dadurch erklärt werden, daß Tori nicht richtig wirft, seine Technik nicht sauber ist, der Fehler also schon im Wurfansatz liegt.

Verletzungen durch Bodentechniken verteilten sich auf alle Körperregionen. Das ist einleuchtend, da bei diesen Techniken der ganze Körper beansprucht wird.

Die relativ geringe Zahl der Verletzungen durch Haltegriffe betraf Kopf/Hals und obere Extremitäten, in Bezug auf die Einzellokalisationen Finger, Daumen, HWS/Nacken, Hals, Kopf und Kreislauf. Dies ergibt sich aus dem hier üblichen Bewegungsschema.

Die wenigen Verletzungen durch Hebeltechniken betrafen erwartungsgemäß den Ellenbogen, da nur hier Hebel zugelassen sind. Die ebenfalls geringe Anzahl der Verletzungen durch Würgetechniken betraf naturgemäß Hals und Kopf. Es ist erfreulich, daß durch diese beiden letzteren doch relativ gefährlichen Techniken nur wenig Verletzungen verursacht wurden.

Bei der Erfragung des Verletzungsherganges durch Würfe konnte von den Kindern und Jugendlichen nur relativ selten der Wurf näher bezeichnet werden, 42,3 % konnten keine Angaben machen, 15,5 % gaben „Wurfansatz“ an. Zu den einzelnen näher definierten Würfen konnte in der Regel nur jeweils eine Verletzung einer bestimmten Lokalisation angegeben werden, mit Ausnahme von 3 Knieverletzungen durch Hüftwürfe, 3 Hodenverletzungen durch den Selbstfallwurf Tomoe-nage und 2 Rippenverletzungen durch Konter.

Die einzelnen Lokalisationen entsprechen den unter 2.1.2 beschriebenen Verletzungsmechanismen. Typische Gefahr beim Tomoe-nage ist die Hodenprellung.

Die Verletzungen am Rumpf betrafen ausschließlich männliche Judoka. Dies beruht unter anderem auf der Häufung der Hodenprellungen.

Weiterhin fand sich bei niederen Kyu-Graden eine Häufung der Verletzungen an oberen Extremitäten und Kopf/Hals. Bei diesen meist noch kleinen Judoka sieht man häufig als Wurf den Koshi-guruma, dessen Technik sie aber meistens nicht beherrschen. Der Gegner wird durch Griff um den Hals in den „Schwitzkasten“ genommen und zu Fall gebracht. Außerdem stützen sich Anfänger beim Fallen oft noch mit der Hand und dem gestreckten Arm ab, statt richtig abzuschlagen. Es zeigte sich kein Einfluß von Altersgruppe, Gewichtsklasse, Wettkampferfahrung und Wettkampfebene auf die Lokalisation der Verletzungen.

Bezüglich der *Seitenlokalisation der Verletzungen* fand sich ein Überwiegen der rechten Seite. Judoka werden zwar angehalten, alle Techniken beidseitig zu erlernen und durchzuführen, letzteres wird jedoch nicht immer in die Realität umgesetzt. Da die meisten Judoka Rechtskämpfer sind und Uke bei einem richtig ausgeführten rechts geworfenen Wurf auf die linke Seite fällt, müßte bei den Verletzungen die linke Seite überwiegen. Das Überwiegen der rechten Seite spricht für unsaubere Techniken, d.h. daß die Technik nicht korrekt zu Ende geführt wurde.

In Bezug auf die *Schwere der Verletzung* fanden sich in der Gesamtstatistik zu 89,8 % mittelschwere Verletzungen und nur zu 4,7 % schwere Verletzungen. Die schweren Verletzungen betrafen Wettkampf und Training, wobei zu letzteren bezüglich der Häufigkeit keine Aussage getroffen werden kann. Bezüglich der Wettkampfverletzungen ist sicherlich auch zu berücksichtigen, daß hier nur Wettkämpfe bis zur Landesebene einbezogen wurden.

Auf überregionaler und nationaler Ebene wird härter gekämpft. Beim Lehrgang traten gar keine schweren Verletzungen auf. Die leichten Verletzungen gehen vorwiegend in die unter 2.3.1 angegebene generelle Häufigkeit der Verletzungen ein, da sie zum Großteil nur numerisch erfaßt wurden.

Bezüglich der *Art der Verletzungen* überwogen bei der Gesamtheit der Verletzungen und bei den Wettkampfverletzungen die Kontusionen deutlich vor den Distorsionen, alle übrigen Verletzungsarten abgesehen von Muskelzerrungen waren selten. Bei Lehrgangs- und Trainingsverletzungen traten Kontusionen und Distorsionen in gleicher Häufigkeit auf. Im folgenden wird meine Statistik mit der anderer Autoren verglichen.

Autoren	Brüggemann	Menge	Steinbrück	Perren und Biener	Scherbaum	<u>Erdmann</u>
Anzahl der Verletzungen	1716	829	120	285	1661	129
Anzahl der Sportler	410	-	104	242	270	107
Distorsionen	31.3	-	39.2	24 (m), 35 (w)	44 (m), 35.3 (w)	27.9
Kontusionen	54.3	-	11.7	14 (m), 13 (w)	15.7 (m), 14.1 (w)	51.2
Luxationen	6.3	4.5	2.5	12 (m), 4 (w)	6.3 (m), 6.1 (w)	0.8
Frakturen	8.1	35	17.5	28 (m), 18 (w)	7.2 (m), 8.8 (w)	3.1
Bandverletzungen	-	3.6	14.2	6 (m), 6 (w)*	6.1 (m), 16.4 (w)	0.8
Sehnenverletzungen	-	-	6.7**	-	0.3(m), 0.0 (w)	-
Muskelverletzungen	-	-	-	3 (m), 8 (w)	11.3 (m), 6.7 (w)	7.0
sonstiges	-	56.9	8.2	13 (m), 16 (w)	9.1 (m), 12.6 (w)	9.2

Tab. 24: Zusammenfassende Übersicht der im Judo vorkommenden Verletzungsarten (in Prozent) bei verschiedenen Autoren der vorliegenden Literatur im Vergleich mit meinen Ergebnissen

\* einschließlich Sehnenverletzungen

\*\* einschließlich Muskelverletzungen

Es fand sich wie in der Aufstellung von *SCHERBAUM* [55] eine Häufung von Distorsionen und Kontusionen, jedoch überwogen in meiner Untersuchung in Übereinstimmung mit *BRÜGGEMANN* [11] und im Gegensatz zu *MENGE* [46], *STEINBRÜCK* [59] und *PERREN/BIENER* [50] eindeutig die Kontusionen. Die Häufigkeit der Muskelverletzungen entsprach in etwa der von *PERREN/BIENER* [50] und *SCHERBAUM* [55] angegebenen Häufigkeit. Jedoch waren Bandverletzungen und schwere Verletzungen wie Frakturen und Luxationen bei den von mir untersuchten Kindern und Jugendlichen erfreulicherweise wesentlich seltener. Auch die notwendigen operativen Eingriffe stehen in keinem Vergleich. Somit zeigt sich auch hier ein deutlicher Unterschied im Verletzungsmuster von aktuell erfaßten Kindern/Jugendlichen und retrospektiv erfaßten Erwachsenen.

Das Überwiegen der Kontusionen in meiner Statistik könnte, wie schon bezüglich der Verletzungslokalisation ausgeführt, an der nur kurzen Schmerzdauer der meisten dieser Verletzungen liegen mit entsprechend schnellem Streichen aus dem Gedächtnis.

Die wenigen schweren Wettkampfverletzungen konnten in Zusammenhang mit den verschiedenen Variablen nur beschreibend dargestellt werden.

Wie die überwiegende Anzahl der Verletzungen, so wurden auch die schweren vorwiegend durch Würfe verursacht.



Bei der Aufschlüsselung der Arten der Verletzungen bezüglich Verletzungshergang zeigte sich, daß die Kontusionen, die eine registrierte Luxation und die Frakturen überwiegend durch Würfe zustande kamen. Bei Distorsionen spielten zwar Würfe eine vorwiegende Rolle, aber auch Haltegriffe, Boden- und Hebeltechniken.

### Frühere Verletzungen

Schon bei den Kindern und Jugendlichen fand sich eine erstaunlich hohe Zahl an früheren Verletzungen, vorwiegend an den unteren Extremitäten, an zweiter Stelle wurden die oberen Extremitäten angegeben. Im Vergleich zu den ausgewerteten Wettkampf-, Lehrgangs- und Trainingsverletzungen waren bei früheren Verletzungen die oberen Extremitäten prozentual häufiger betroffen, noch vor den Verletzungen an Kopf und Hals.

	aktuelle Verletzungen	<b>frühere Verletzungen</b>
Anzahl der Verletzungen	129	<b>122</b>
Anzahl der Sportler	107	<b>107</b>
obere Extr. einschl. Schulter	22.7	<b>33.5</b>
obere Extr.	18	<b>27.8</b>
Wirbelsäule	7	<b>5.7</b>
untere Extr.	37.4	<b>45.1</b>
Kopf	16.4	<b>5.7</b>
Schulter	4.7	<b>5.7</b>
sonstiges	16.5	<b>10</b>

Tab. 25: Vergleichende Darstellung meiner Daten zur Lokalisation von Judoverletzungen (in Prozent)

Bei den früheren Verletzungen ist die Verletzungshäufigkeit der unteren Extremitäten ähnlich hoch wie in den anderen Statistiken (s. Tab. 24). Die Verletzungshäufigkeit der oberen Extremitäten einschließlich Schulter gleicht sich an, wobei die Schulterverletzungen selbst noch relativ niedrig sind. Verletzungen am Kopf sind hier im Vergleich deutlich niedriger. Das heißt, in Bezug auf frühere Verletzungen findet man in Übereinstimmung mit GANSCHOW [19] auch schon bei den Kindern und Jugendlichen eine ähnliche Verteilung der Lokalisationen wie bei den Erwachsenen und Leistungssportlern. Lediglich frühere Kopf- und Schulterverletzungen sind seltener, dies bestätigt meine obige Feststellung.

Die Auswertung der Lokalisationen früherer Verletzungen steht eindeutig im Gegensatz zu den Daten der aktuellen Wettkampf-, Lehrgangs- und Trainingsverletzungen und ist erklärbar durch die retrospektive Auswertung. Im Gedächtnis bleiben nur Verletzungen, die mit Arztbesuchen verbunden waren oder eine längere Beeinträchtigung nach sich zogen. So vergißt man z.B. Prellungen an HWS und Hals durch Haltegriffe und Würgetechniken sehr schnell, sie werden auch im allgemeinen Verständnis oft gar nicht mit dem Begriff Verletzung assoziiert, so daß sie retrospektiv nicht mehr erfaßt werden.

Die früheren Verletzungen betrafen vorwiegend Knie und Patella, sowie Sprunggelenk, Finger und Ellenbogen. Außer den Knieverletzungen sind dies Lokalisationen, die bei den Wettkampf- und auch Lehrgangsverletzungen nur selten beobachtet wurden.

Die Häufung von Verletzungen an den obengenannten Lokalisationen ist deshalb bedenklich, weil gerade an diesen Gelenken häufige Mikro- und auch Makrotraumen zu den bei den erwachsenen langjährigen Judoka bekannten Sportschäden (u.a. Fingergelenks- und Ellenbogengelenksarthrose) führen.

Differenziert man die früheren Verletzungen nach ihrer Schwere, so fanden sich mit 26,4 % erstaunlich viele schwere Verletzungen. Dies steht scheinbar in krassem Gegensatz zu den Ergebnissen bezüglich der ausgewerteten aktuellen Wettkampf-, Lehrgangs- und Trainingsverletzungen. Es relativiert sich jedoch, wenn man bedenkt, daß sich diese Angaben über viele Jahre aktiver Ausübung des Judoports erstrecken. An die wirklich leichten Verletzungen können sich die meisten Judoka nach einer gewissen Zeit nicht mehr erinnern. Die schweren früheren Verletzungen müssen vorwiegend im Training aufgetreten sein.

Bemerkenswert ist hier auch, daß bereits bei den Kindern und Jugendlichen trotz mittelschwerer Verletzungen in einem hohen Prozentsatz weitertrainiert wurde, d.h. schon in diesem Alter werden viele Verletzungen nicht auskuriert!

Bezogen auf die Art der Verletzung zeigte sich bei den früheren Verletzungen ein deutliches Überwiegen der Distorsionen gegenüber den Kontusionen, sowie ein sehr hoher Prozentsatz an Frakturen und eine relativ große Zahl an Luxationen und Bandläsionen, was ebenfalls im Gegensatz steht zu den aktuell ausgewerteten Verletzungen.

	aktuelle Verletzungen	frühere Verletzungen
Anzahl der Verletzungen	129	<b>122</b>
Anzahl der Sportler	107	<b>107</b>
Distorsionen	27.9	<b>37.2</b>
Kontusionen	51.2	<b>22.3</b>
Luxationen	0.8	<b>5</b>
Frakturen	3.1	<b>14</b>
Bandverletzungen	0.8	<b>7.5</b>
Sehnenverletzungen	-	-
Muskelverletzungen	7.0	-
sonstiges	9.2	<b>14</b>

Tab. 26: Vergleichende Darstellung meiner Daten zu den Verletzungsarten im Judo (in Prozent)

Das Überwiegen der Distorsionen steht im Einklang mit den übrigen retrospektiven Statistiken (s. Tab. 25) außer jener von *BRÜGGEMANN* [11], ebenso der hohe Prozentsatz an Frakturen, Bandläsionen und Luxationen sowie das Fehlen von Muskelverletzungen.

Die Differenzierung der früheren Verletzungen nach der Seitenlokalisation entspricht der Verteilung der anfangs ausgewerteten aktuellen Verletzungen mit einem Überwiegen der rechten Seite.

## **2.5 Klinische Untersuchung von verletzten Judoka**

### **2.5.1 Methodik**

Von den 107 mit Fragebogen erfaßten verletzten Judoka konnten 55 Kinder und Jugendliche nachuntersucht werden. Diese klinische Untersuchung fand während des Trainings im heimatlichen Verein statt und beinhaltete eine vollständige Untersuchung des Bewegungsapparates sowie Muskeltests zur Erkennung von Verkürzungen und Abschwächungen der großen Muskelgruppen.

Ein Exemplar des Untersuchungsbogens befindet sich im Anhang.

### **Beschreibung der Muskeltests**

#### **Muskelverkürzungen**

Die Untersuchung auf Muskelverkürzungen erfolgte semiquantitativ nach *JANDA* [33].

Im folgenden werden die Kriterien bezüglich der einzelnen Muskelgruppen kurz dargestellt.

Stufe 0 bedeutet keine Verkürzung, Stufe 1 leichte Verkürzung und Stufe 2 deutliche Verkürzung.

Ischiocrurale Muskulatur: Bei gestrecktem Bein wird eine Flexion im Hüftgelenk durchgeführt. Stufe 0 liegt vor bei einer möglichen Flexion bis 90°, Stufe 1 bei einer möglichen Flexion zwischen 80-90°, Stufe 2 bei einer Flexion unter 80°.

M. rectus femoris und M. iliopsoas: Ausgangsstellung ist die Rückenlage, Becken auf der Bank. Das getestete Bein hängt entspannt herab. Bei Stufe 0 befindet sich der Oberschenkel in horizontaler, der Unterschenkel in senkrechter Stellung; durch Druck auf den Oberschenkel kann leicht eine Hyperextension im Hüftgelenk erreicht werden, durch Druck auf den Unterschenkel eine Vergrößerung der Kniebeugung. Bei Stufe 1 findet sich eine leichte Beugestellung im Hüftgelenk (M. iliopsoas), der Unterschenkel ist schräg nach vorn gestreckt (M. rectus femoris); beim Druck auf den Oberschenkel ist die Hyperextension leicht möglich, beim Druck auf den Unterschenkel eine senkrechte Stellung des Unterschenkels. Bei Stufe 2 findet sich eine deutliche Beugestellung in der Hüfte, bei Druck auf den Oberschenkel ist das Erreichen der Horizontalstellung unmöglich (M. iliopsoas); der Unterschenkel ist schräg nach vorn gestreckt, bei passiver Bewegung im Kniegelenk kommt es zur Kompensationsbeugung in der Hüfte (M. rectus femoris).

M. piriformis: In Rückenlage wird das untersuchte Bein in der Hüfte bis höchstens 60° gebeugt, auf das Knie in Richtung der Oberschenkellängsachse Druck ausgeübt und bei horizontaler Stellung des Unterschenkels eine maximale Adduktion mit zusätzlicher Innenrotation im Hüftgelenk durchgeführt. Bei Stufe 0 sind Adduktion und Innenrotation in vollem Ausmaß möglich bei weicher Endespannung. Bei Stufe 1 sind Adduktion und Innenrotation beschränkt. Bei Stufe 2 ist die Adduktion beschränkt, die Innenrotation ist fast unmöglich und schmerzhaft.

Adduktoren des Oberschenkels: In Rückenlage wird eine Abduktion des gestreckten getesteten Beines durchgeführt. Bei Stufe 0 ist die Abduktion im Ausmaß von 40° möglich, bei Stufe 1 ist sie auf 30-40° beschränkt, bei Stufe 2 weniger als 30° möglich.

M. triceps surae: Beurteilt wird die Dorsalflexion des Fußes bei Zug an der Ferse des getesteten Beines. Bei Stufe 0 ist die Dorsalflexion mindestens bis zur 0-Stellung möglich. Bei Stufe 1 wird die 0-Stellung nicht erreicht, die Dorsalflexion ist möglich. Bei Stufe 2 ist die Dorsalflexion nur bis 10° unterhalb der 0-Stellung möglich.

M. trapezius: In Rückenlage, den Kopf außerhalb der Unterlage von der einen Hand unterstützt, wird passiv eine maximale Lateralflexion des Halses zur nicht getesteten Seite durchgeführt und anschließend aktiv ein Kaudalschub gegen die Schulter. Bei Grad 0 ist die

Schultergürteldepression leicht durchführbar. Bei Grad 1 kann die Depression nur mit größerem Druck durchgeführt werden, ist aber möglich. Bei Stufe 2 kann die Depression nicht durchgeführt werden, die Endespannung ist hart.

M. levator scapulae: In Rückenlage bei Fixation des Schultergürtels in Depressionsstellung am Endgefühl wird der Kopf passiv in maximale Vorbeugung, maximale Seitneigung und Rotation zur nicht getesteten Seite gebracht und aktiv eine Depression des Schultergürtels durchgeführt. Bei Stufe 0 kann die Depression leicht durchgeführt werden. Bei Stufe 1 braucht man einen leichten Druck, um die Depression zu erreichen. Bei Stufe 2 ist die Depression nicht möglich.

M. pectoralis major (sternaler Anteil): In Rückenlage am Bankrand wird a) der gestreckte Arm passiv nach schräg außen oben geführt (distaler sternaler Anteil) und b) der Arm bei 90° Flexion im Ellenbogengelenk in 90° Abduktion und in Außenrotation des Schultergelenks geführt (mittlerer und oberer sternaler Anteil). Bei Stufe 0 sinkt der Arm bis zur Horizontalen, das Bewegungsmaß kann durch Druck vergrößert werden. Bei Stufe 1 erreicht der Arm die Horizontale nicht, durch vertikalen Druck kann diese leicht erreicht werden. Bei Stufe 2 bleibt der Arm oberhalb der Horizontalen und diese kann auch passiv nicht erreicht werden.

### Muskelabschwächungen

Im folgenden wird dargestellt, welche Kriterien zur Beurteilung der Muskelabschwächungen herangezogen wurden. Die Beurteilung erfolgte in Anlehnung an die Muskeltests nach JANDA [33, 56] und nach den von TLUSTECK [64] angegebenen Kriterien.

M. gluteus maximus: Beim Anheben des gestreckten Beines nach hinten in Bauchlage wird die zeitliche Reihenfolge der Muskelkontraktionen bewertet. Kontrahiert sich die ischiocrurale Muskulatur *vor* dem M. gluteus maximus, so liegt eine Abschwächung vor.

Abduktoren des Oberschenkels: Bei der Abduktion des gestreckten Beines in Seitlage wird die zeitliche Reihenfolge der Muskelkontraktionen beurteilt. Kontrahiert sich der M. tensor fasciae latae *vor* dem M. gluteus medius, so liegt eine Abschwächung vor.

Tiefe Halsbeuger: Aus der Rückenlage erfolgt ein bogenförmiges Anheben des Kopfes, wobei das Kinn gegen die Fossa jugularis gezogen wird. Der Untersucher fixiert mit einer Hand den Thorax und leistet mit der anderen Hand an der Stirn am Ende der Bewegung Widerstand. Ist eine Bewegung gegen aktiven Widerstand möglich, so liegt keine Abschwächung vor.

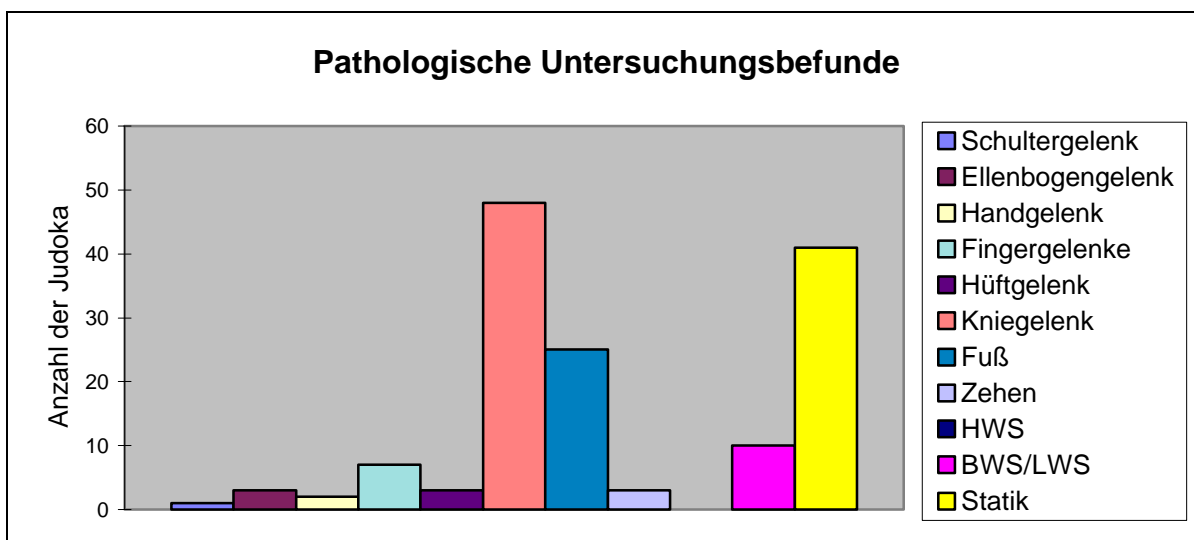
Bauchmuskulatur: Bei Rückenlage als Ausgangsstellung werden bei angebeugten Kniegelenken (nicht unter 60°) die Füße fest aufgestellt. Es soll bei Nackenhalte der Arme eine vollständige langsame Aufrichtung des Rumpfes ohne Schwung und ohne Abheben der Fersen erfolgen. Eine Abschwächung liegt vor, wenn diese Kriterien nicht erfüllt sind.

Schulterblattfixatoren: Der Untersucher steht über den Proband gebeugt und übt von oben (mit gekreuzten Händen) einen Druck auf die Schulterblätter aus, wobei er sie auseinander zu spreizen versucht. Kann der Proband die Schulterblätter aktiv gegen starken Widerstand in der Mitte zusammenziehen, so liegt keine Abschwächung vor.

Rückenstrecker: Getestet wird in Bauchlage einerseits die Aufrichtung des Rumpfes gegen aktiven starken Widerstand des Untersuchers mit Abheben von Kopf und Schultern und andererseits unter gleichen Bedingungen das Abheben von Becken und unteren Extremitäten von der Unterlage. Ist dies nicht möglich, so liegt eine Abschwächung vor.

### 2.5.2 Ergebnisse der orthopädischen Untersuchung unter Berücksichtigung der Anamnese

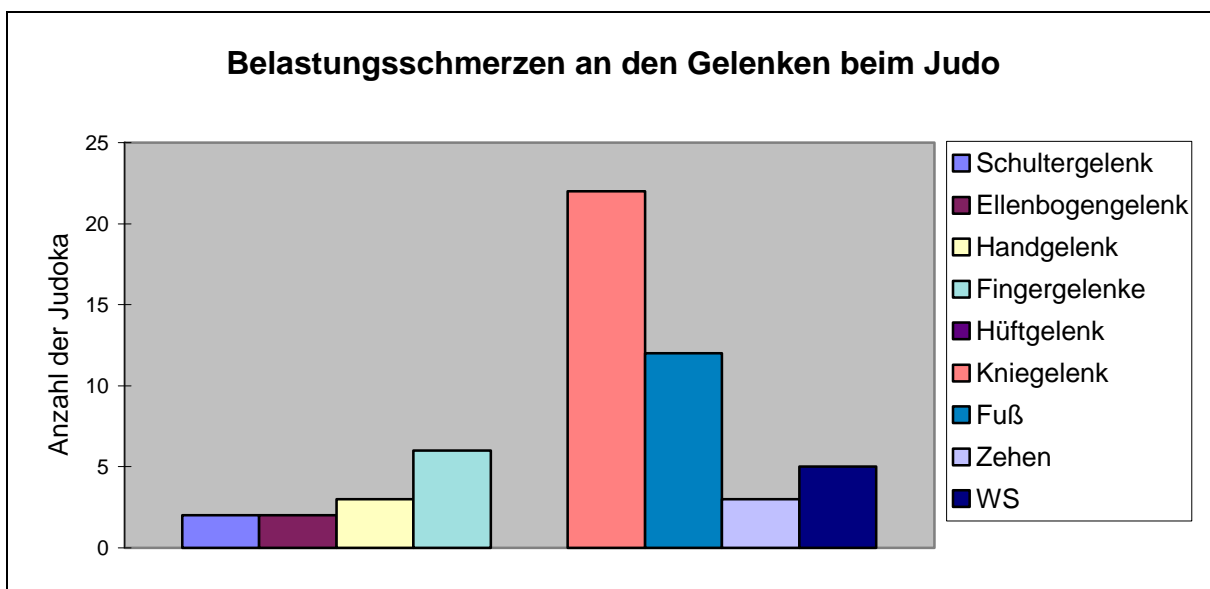
Bei den 55 nachuntersuchten Judoka fanden sich nach Häufigkeit geordnet pathologische Untersuchungsbefunde in 48 Fällen (87 %) an den Knien, in 41 Fällen (75 %) als Auffälligkeiten der Statik, in 25 Fällen an den Füßen (45 %), mit Abstand gefolgt von BWS/LWS (10 Fälle, 18,2 %), Finger (7 Fälle, 13 %), Ellenbogen, Hüftgelenk, Zehen (je 3 Fälle, 5 %), Handgelenk (2 Fälle, 4 %) und Schultergelenk (1 Fall, 2%). An HWS und Becken fanden sich keine Befunde.



Tab. 59: Pathologische Untersuchungsbefunde

Bei der Nachuntersuchung bezüglich der aktuellen Verletzungen ergaben sich bei 22 der 55 Judoka (40%) pathologische Befunde an der Lokalisation der Verletzung. Bezüglich früherer Verletzungen konnten bei 21 Judoka (38,2%) Auffälligkeiten festgestellt werden.

Rezidivierende Schmerzzustände bei der Ausübung des Judo wurden von 38 der 55 untersuchten Judoka (70 %) angegeben. Diese teilten sich wie folgt auf:



Tab. 60: Belastungsschmerzen an den Gelenken beim Judo

Im folgenden werden die einzelnen Untersuchungsbefunde unter Berücksichtigung der Anamnese näher beschrieben.

### Schultergelenk

Bei 1 Judoka bestand Druckschmerzhaftigkeit über Acromioclaviculargelenk, Tuberculum maius und langer Bicepssehne, die Abduktion gegen Widerstand war schmerzhaft. Zur Vorgeschichte wurde eine chronische Bänderreizung nach Luxation angegeben. Der Judoka klagte auch über Belastungsschmerzen.

2 von 38 Judoka mit rezidivierenden Schmerzzuständen klagten über Schulterbeschwerden.

### Ellenbogengelenk

Bei 2 Judoka fand sich eine Einschränkung der Extension des Ellenbogengelenks im Seitenvergleich, bei einem weiteren Judoka eine Streckhemmung beidseits (2° rechts, 5° links). Bei dem ersten war judounabhängig ein Trauma erfolgt, Belastungsschmerzen bestanden nach einer früheren Distorsion im klinisch unauffälligen Ellenbogen. Beim zweiten Judoka fanden sich anamnestisch keine Hinweise für eine Vorschädigung. Bei dem dritten wurde als frühere Verletzung eine schwere Distorsion des linken Ellenbogens mit vierwöchiger Trainingspause angegeben, ferner häufige ein bis zwei Tage anhaltende Schmerzen nach Armhebeln, sowie ein Belastungsschmerz links beim Abschlagen. Hier dürfte bereits ein beginnender „Judo-Ellenbogen“ vorliegen!

Mikro- und Makrotraumen in der Anamnese gaben 11 der 55 Judoka an, über Belastungsschmerzen klagten nur die oben beschriebenen beiden Judoka.

### Handgelenk

In einem Fall bestand ein Druckschmerz über dem Proc. styloideus radii, in einem weiteren Fall Zeichen einer Tendovaginitis. Beide Befunde waren unabhängig vom Judo.

Über rezidivierende Belastungsschmerzen klagten 3 von 55 Judoka (5,5 %), ohne daß ein pathologischer Untersuchungsbefund vorlag.

### Fingergelenke

Bei 7 Judoka fanden sich 5 mal Befunde am Daumengrundgelenk und 4 mal Befunde an den Fingern:

- Bei einem Judoka bestand Druckschmerzhaftigkeit über dem rechten Daumengrundgelenk und den Zeigefingergrundgelenken beidseits ohne Angabe eines Traumas.
- Im zweiten Fall fand sich noch Druck- und Stauchungsschmerz des rechten Daumengrundgelenks nach der vier Monate vorher erfaßten Wettkampfverletzung (Distorsion des Daumengrundgelenks und des Daumensattelgelenks rechts).
- Im dritten Fall fanden sich Schwellungen des linken Daumengrundgelenks und der proximalen Interphalangealgelenke des 2. bis 5. Fingers beidseits nach früheren Mikrotraumen. Dieser langjährige Judoka klagte auch über Belastungsschmerzen im linken Daumengrundgelenk und über wiederholte Reizzustände an den genannten Fingergelenken. Hier dürfte sich die Entwicklung von den sogenannten „Judo-Fingern“ anbahnen.

- Im vierten Fall zeigte sich eine Schwellung im PIP des 5. Fingers links ohne bekanntes Trauma.
- Im fünften Fall bestanden 10 Tage nach der erfaßten Trainingsverletzung, einer Distorsion des linken Daumengrundgelenks, noch Schwellung, Druckschmerz und Einschränkung der Flexion. Dieser langjährige Judoka gab anamnestisch Mikrotraumen an und klagte über Belastungsschmerzen.
- Im sechsten Fall fand sich eine Schwellung des PIP des 3. und 4. Fingers links 5 Monate nach dem erfaßten Trauma (Kapselriß). Der langjährige Judoka hatte sich bereits vorher eine schwere Distorsion des 3. Fingers links zugezogen.
- Im siebten Fall bestand ein Druckschmerz über dem linken Daumengrundgelenk 6 Monate nach dem erfaßten Trauma (Distorsion), er klagte über Belastungsschmerzen und gab anamnestisch Mikrotraumen an.

Insgesamt gaben 17 (31 %) der 55 Judoka ältere und/oder aktuelle Fingerverletzungen an, davon 14 ältere und 8 aktuelle! Über rezidivierende Schmerzzustände klagten 6 Judoka, 4 bezüglich des Daumengrundgelenks, 2 bezüglich der Finger.

### Hüftgelenk

In 3 Fällen fand sich eine Einschränkung der Innenrotation. Belastungsschmerzen wurden nicht angegeben.

### Kniegelenk

Sehr hoch war die Zahl der pathologischen Befunde am Kniegelenk. Von 55 Judoka hatten 48 pathologische Befunde. Viele hatten Mehrfachbefunde: 40 mal war das rechte und 46 mal das linke Knie betroffen.

Bei 13 Judoka fanden sich Befunde bezüglich der Statik (Genua valga), in 5 Fällen als alleiniger Befund.

Bei 36 der 55 Judoka (65 %) fanden sich Chondropathie-Zeichen (Facettendruckschmerz und Kompressionsschmerz), bei 6 weiteren (11 %) lediglich ein retropatellares Reiben.

Die Befunde an Menisci und Bänder waren mit einer Gesamtzahl von 9 (16,4 %) beachtlich hoch.

In 3 Fällen fanden sich Meniskuszeichen (davon 2 medial und 1 lateral):

- Im Fall 1 bestanden Innenmeniskuszeichen rechts und Chondropathie-Zeichen beidseits. Hier war eine Lehtgangsverletzung mit Innenbandzerrung und Innenmeniskusläsion des rechten Knies vorausgegangen. Bezüglich des linken Knies bestand Zst. n. Arthroskopie nach alter Meniskusläsion.
- Im Fall 2 bestanden nur Außenmeniskuszeichen links bei einer Trainingsverletzung mit konservativ behandeltem Innenmeniskusriß. Anamnestisch wurden ferner angegeben: ein früherer Außenmeniskusriß links durch Judo mit Arthroskopie, außerdem noch ein älterer Innen- und Außenmeniskusriß rechts als frühere Judoverletzung ebenfalls mit nachfolgender Arthroskopie.
- Im Fall 3 fand sich ein medialer Kompressionsschmerz ohne Hinweise aus der Anamnese.



In 2 Fällen bestand lediglich ein Druckschmerz am medialen Gelenkspalt:

- Im Fall 1 wurde der Befund am linken Knie erhoben. Die Anamnese diesbezüglich war leer.
- In Fall 2 fand sich der Befund rechts. In der Anamnese wurde judounabhängig ein Trauma angegeben mit Innenmeniskusriß rechts und nachfolgender Arthroskopie.

In 3 Fällen fand sich eine vordere Schublade (einmal rechts, einmal links, einmal beidseits re.>li.) und in 1 Fall ein Genu recurvatum, jeweils ohne Hinweise in der Anamnese.

Bei 3 Judoka fand sich eine vermehrte Lateralisierbarkeit der Patella, im ersten Fall wurde eine frühere Patellaluxation angegeben, in den beiden anderen Fällen bestand zusätzlich eine Fehlstatik durch Genua valga.

In 1 Fall fand sich eine Weichteilschwellung des linken Knies mit ausgeprägter Chondropathia patellae und Atrophie des M. vastus medialis bei Zst. n. Flake fracture der Patella.

In 2 Fällen fand sich ein leichter Kniegelenkserguß:

- Im Fall 1 bestand gleichzeitig eine Chondropathia patellae, ein Zusammenhang mit der länger zurückliegenden Lehtgangsverletzung konnte hier nicht mehr gesehen werden.
- Im Fall 2 bestand ebenfalls eine Chondropathia patellae, aber keine anamnестischen Hinweise auf ein Trauma.

#### Untersuchung der Chondropathia patellae auf Korrelationen

- 11 der 55 Judoka gaben den tiefen Seoi-Nage (= Morote-Seoi-Nage, s. Abb. 3) als bevorzugten Wurf an, bei 8 dieser Judoka bestand eine Chondropathia patellae. Diese 8 verteilten sich gleichmäßig auf die Altersgruppen U13, U15/U16 und U18/U19.
- 17 der 36 Judoka mit Chondropathie-Zeichen betrieben gleichzeitig eine kniebelastende Sportart wie Inline Skating, Fußball und Skifahren. Insgesamt betrieben 26 der 55 Judoka zusätzlich zum Judo noch eine (oder mehrere) kniebelastende Sportart(en).
- Bei Differenzierung der Häufigkeit der Chondropathia patellae bezüglich der Trainingsjahre im Judo fanden sich zur Gesamthäufigkeit nach Trainingsjahren keine signifikanten Unterschiede. Lediglich im 2. Trainingsjahr war die Zahl der Judoka mit Chondropathie-Zeichen relativ niedrig (2 = 6 % der 36 Judoka mit Chondropathie-Zeichen versus 8 = 15 % der 55 untersuchten Judoka).
- Auch nach Altersgruppen fanden sich bezüglich der Häufigkeit der Chondropathia patellae im Verhältnis zur Gesamtzahl keine signifikanten Unterschiede.
- Bei getrennter Betrachtung beider Knie fanden sich 59 mal Chondropathie-Zeichen: 29 mal bestand eine Verkürzung des gleichseitigen M. rectus femoris, 30 mal eine Chondropathie ohne Rektusverkürzung. Zum Vergleich fand sich 20 mal eine Rektusverkürzung ohne Chondropathia patellae.

Von 38 Judoka mit rezidivierenden Schmerzzuständen klagten 22 über Knieprobleme. Das sind 40% aller untersuchten Judoka. Bei 17 Judoka fand sich ein mit dem Belastungsschmerz korrelierender pathologischer Untersuchungsbefund.

## Sprunggelenk und Fuß

Befunde am Fuß fanden sich bei 25 der 55 Judoka, davon in 18 Fällen eine Laxität der Außenbänder und in 6 Fällen eine Fehlstatik des Fußgewölbes, in 1 Fall ein M. Köhler, in 1 Fall eine Ansatzentendinose der Achillessehne beidseits und in 1 Fall eine Ansatzentendinose der Achillessehne links, sowie Druckschmerz am lateralen Calcaneus links und Außenknöchel rechts.

Die Laxität der Außenbänder steht in 8 Fällen in Zusammenhang mit Judooverletzungen.

In 3 Fällen betrifft der erhobene Befund dieselbe Seite wie frühere Judooverletzungen:

- einmalig frühere Verletzung rechts ohne Trainingspause
- rezidivierende Distorsionstraumen rechts, z.T. mit Verletzungspause; wiederholte Reizzustände rechts
- frühere Wadenbeinfraktur links, Belastungsschmerzen linkes oberes Sprunggelenk.

In 4 Fällen ist die Anamnese einseitig, der Befund beidseitig:

- frühere Außenbanddehnung rechts mit zweiwöchiger Trainingspause
- Distorsion des rechten OSG als Wettkampfverletzung, frühere operativ versorgte Sprunggelenksfraktur rechts. Die Laxität der Außenbänder war rechts stärker ausgeprägt als links.
- Distorsion des rechten OSG als Trainingsverletzung, rezidivierende Distorsionstraumen rechts unabhängig vom Judo
- frühere Kontusion linkes OSG ohne Trainingspause, keine rezidivierenden Distorsionstraumen.

In 1 Fall ist die Anamnese beidseitig, der Befund einseitig:

- früher öfters Distorsionstraumen beidseits im Judo mit Schwellung und Trainingspause

In 4 Fällen fanden sich Korrelationen zwischen Befund und Anamnese, ohne daß eine Judooverletzung der betreffenden Körperregion vorlag.

In 2 Fällen entsprach der Befund den Daten aus der Anamnese:

- einmalige Distorsion links
- häufige frühere Distorsionen beidseits bei anderer Sportart.

In 2 Fällen war die Anamnese einseitig, der Befund beidseitig:

- rezidivierende Distorsionen rechts. Laxität der Außenbänder rechts ausgeprägter als links.
- häufige Distorsionen links. Laxität der Außenbänder beidseits.

In 6 Fällen, davon 2 nur rechts, fand sich eine Laxität der Außenbänder ohne entsprechende Verletzungen in der Anamnese.

Belastungsschmerzen am Sprunggelenk wurden von 12 der 55 untersuchten Judoka angegeben, entsprechende pathologische Untersuchungsbefunde fanden sich bei 8 Judoka.

## Zehen

Untersuchungsbefunde fanden sich nur an der Großzehe in 3 Fällen:

- In 1 Fall bestand eine Bewegungseinschränkung des Grund- und Endgelenks der Großzehe ohne Verletzungsangaben in der Anamnese.
- Bei einem anderen Judoka fand sich eine Krepitation des linken Großzehenendgelenks als Befund nach einer Lehrsangsverletzung an diesem Gelenk, an frühere Traumen konnte sich der Judoka nicht erinnern. Dieser Judoka klagte auch über Belastungsschmerzen.

- Im dritten Fall fand sich bei der Untersuchung nach einer Trainingsverletzung eine Schwellung des Endgelenks links, sowie eine Deviation nach lateral.

Rezidivierende Schmerzzustände wurden in 1 Fall an der Großzehe und in 2 Fällen im Bereich der übrigen Zehen angegeben.

### Wirbelsäule

Bezüglich der Wirbelsäulenstatik konnten bei 41 (75 %) der 55 Judoka ein oder mehrere Befunde erhoben werden. Es fand sich in 21 Fällen eine Skoliose, in 8 Fällen eine vermehrte Kyphose, in 12 Fällen eine Hyperlordose und in 5 Fällen ein hohlrunder Rücken. In 5 Fällen bestand ein pathologischer Test nach Matthiaß.

Unabhängig von der Statik wurde an der BWS in 6 Fällen (10,9 %) ein Befund erhoben, davon in 4 Fällen eine Hypomobilität der BWS, in 1 Fall eine Blockierung eines Brustwirbels und in 1 Fall Rippenblockierungen.

An der LWS wurden 4 Befunde (7,3 %) erhoben: dreimal eine segmentale Störung L4/5 und einmal eine Sitzkyphose.

An Becken und HWS fanden sich keine Befunde.

Rezidivierende Schmerzzustände im Bereich des Rückens wurden von 5 Judoka angegeben. Bei 3 dieser Judoka fanden sich auffällige Untersuchungsbefunde: zweimal eine Fehlstatik der Wirbelsäule und einmal eine Beinverkürzung.

### **2.5.3 Diskussion der orthopädischen Untersuchungsbefunde unter Berücksichtigung der Anamnese**

Bei den 55 nachuntersuchten Judoka wurden am häufigsten Befunde am Knie erhoben, am zweithäufigsten Befunde der Wirbelsäulenstatik, gefolgt von Befunden am Fuß.

Bei 22 Untersuchungsbefunden bestand ein Zusammenhang mit der ausgewerteten Verletzung, bei 21 Untersuchungsbefunden ein Zusammenhang mit früheren Verletzungen.

Sehr häufig wurde über Belastungsschmerzen an den Knien und weniger häufig an den Sprunggelenken geklagt. Die übrigen Gelenke waren seltener betroffen.

Befunde am *Schultergelenk* fanden sich nur bei 1 Judoka, bei dem unter anderem judotypisch das Akromioclavikulargelenk betroffen war. 2 der 55 Judoka klagten bereits über Belastungsschmerzen der Schulter. Die Schulterverletzungen werden von erwachsenen Judoka relativ häufig angegeben in Form von Kontusionen und Luxationen, als Sportschaden beim Judo ist die Arthrose des Akromioclavikulargelenks bekannt. In der Untersuchung von GANSCHOW [19] klagten 15 % der erwachsenen Judoka über Schulterprobleme. Bei den Kindern und Jugendlichen waren Befunde und Belastungsschmerzen erstaunlich gering.

In 3 Fällen wurde eine Streckhemmung des *Ellenbogengelenks* festgestellt, eine davon nach judounabhängigem Trauma. Über Belastungsschmerzen klagten 2 der 55 Judoka. Mikro- und Makrotraumen in der Anamnese gaben dagegen 11 der 55 Judoka an.

Die Zahl der Befunde ist zwar gering, doch die zu dem typischen „Judo-Ellenbogen“, einer häufig mit zahlreichen freien Gelenkkörpern vergesellschafteten Panarthrose, führenden Traumen sind schon gegeben.

Sehr wichtig ist hier die Prävention (saubere Wurftechniken, perfekte Fallschule) und die ausreichende Therapie der Mikro- und Makrotraumen, denn diese Verletzungen werden häufig von den Betroffenen nur als Bagatelle betrachtet.

Die beiden Befunde am *Handgelenk* waren unabhängig vom Judo, Belastungsschmerzen wurden von 3 der 55 Judoka angegeben.

Judotypische Sportschäden am Handgelenk sind bisher nicht bekannt.

Bei 7 Judoka fanden sich in 5 Fällen Befunde am *Daumengrundgelenk* und in 4 Fällen Befunde an den proximalen Interphalangealgelenken der *Finger 2* bis 5. Über Belastungsschmerzen am Daumengrundgelenk klagten 4, an den Fingern 2 der 55 Judoka. Mit 17 von 55 Judoka gab eine sehr große Zahl ältere und/oder aktuelle Fingerverletzungen an.

Hier zeigt sich schon bei den jugendlichen Judoka eine auffällige Häufung an Befunden der Finger. Es ist bekannt, daß die wiederholten Mikro- und Makrotraumen schon im jugendlichen Alter zur Polyarthrose der Fingergelenke führen können, einem judotypischen Sportschaden. Zur Prophylaxe ist hier wichtig eine saubere Grifftechnik und die ausreichende Therapie der fast immer bagatellisierten Mikrotraumen, unter anderem das Tragen von Tape-Verbänden.

Am *Hüftgelenk* fand sich in 3 Fällen eine Einschränkung der Innenrotation, die judounabhängig sein dürfte.

Wie auf Grund der Verletzungshäufigkeit zu erwarten, war die Zahl der pathologischen *Kniebefunde* sehr hoch. Es fanden sich auffällige Befunde bei 48 der 55 Judoka. Chondropathie-Zeichen fanden sich bei 36 Judoka. Band- und Meniskuszeichen bestanden bei 10 Judoka, ein für diese Altersgruppe erstaunlich hoher Anteil. Eine vermehrte Lateralisierbarkeit der Patella bei 3 Judoka stand in Übereinstimmung mit anamnestisch angegebenen Patellaluxationen. Belastungsschmerzen wurden von 22 der 55 Judoka angegeben.

*Chondropathie-Zeichen* wurden in meiner Untersuchung mit 65 % der untersuchten Judoka extrem häufig gefunden. Dies übertrifft die in der Literatur von *STEININGER et al.* [60] angegebenen Häufigkeit von z.B. 17 % bei nicht-sporttreibenden Kindern und in Abhängigkeit vom Trainingsalter bis zu 45 % bei sporttreibenden Kindern noch bei weitem. Es konnte kein statistisch signifikanter Zusammenhang mit kniebelastenden Zusatzsportarten, mit der Altersgruppe oder den Trainingsjahren gefunden werden, letzteres im Gegensatz zu den Angaben von *STEININGER et al.*

Auch die Verkürzung des M. rectus femoris hatte keinen erkennbaren Einfluß auf das Vorhandensein der Chondropathie, obwohl eine Verkürzung diese sicherlich verstärkt.

Einen gewissen Einfluß scheint die Bevorzugung des tiefen Seoi-nage (Morote-seoi-nage) zu haben, ein Schulterwurf der aus der tiefen Kniebeuge ausgeführt wird (s. Abb.3). 8 der 11 Judoka, die diesen Wurf bevorzugten hatten eine Chondropathie, das entspricht 73 %.

Die hier vorgefundene Häufung der Chondropathia patellae kann nur durch exogene Faktoren wie judotypische Bewegungsmuster bedingt sein, unabhängig von vorhandenen Muskeldysbalancen. Hier sind zu erwähnen:

### 1. Häufige Aufpralltraumen

Bei vielen Würfen lassen sich Kinder und Jugendliche (und auch Erwachsene) auf die Knie fallen (s. Abb. 22), und zwar meistens dann, wenn sie den Wurf wegen zu geringer Kraft der Kniestrecker nicht zu Ende führen können.

### 2. Tiefe Eindrehtechniken

Bei allen Würfen muß man unter den Schwerpunkt des Gegners gelangen, um sein Gleichgewicht brechen zu können. Dies bedeutet bei vielen Würfen - als Beispiel seien genannt die bevorzugten Würfe Seoi-nage, Tai-otoshi und auch O-goshi - die blitzschnelle Kniestreckung aus einer tiefen Kniebeuge (s. Abb. 2, 3, 8, 5).

### 3. Kontusion der Patella

Sie kann durch eine unsaubere Wurfausführung durch den Gegner erfolgen. Dies tritt z.B. beim Harai-goshi (s. Abb. 6) als Trauma von Uke auf, wenn das gestreckte Bein des Gegners mit Schwung nach hinten gegen Ukes Standbein in Höhe der Patella trifft.

Die Punkte 1 und 2 stehen im Einklang mit den Untersuchungen in der Dissertationsschrift von J. GERNHARDT [21], die ergaben, daß die Beinmuskulatur der Jugendlichen oft für die exakte Wurfausführung noch zu schwach ist und einer gezielten Kräftigung bedarf.

Die Prävention liegt hier in der Hand des Trainers, der großen Wert auf die Kräftigung des M. quadriceps femoris legen sollte, sowie auf saubere Wurfausführung und die Vermeidung von häufigen Aufpralltraumen.

Die Befunde an den *Menisci* waren nur zum Teil auf frühere Verletzungen zurückzuführen. Sie beruhen sicherlich ebenfalls auf unsauberen Wurfausführungen, wenn die Eindrehtechniken bei feststehendem Unterschenkel durchgeführt werden. Bei exakter Wurftechnik sollte der Unterschenkel ebenfalls in die Wurfriechung gedreht werden.

Es fanden sich keine Innen- und Außenbandzeichen. Bezüglich der Befunde an vorderem und hinterem Kreuzband fanden sich keine anamnestischen Hinweise auf stattgehabte Traumen.

Erschreckend hoch ist mit 40 % die Zahl der Belastungsschmerzen am Kniegelenk bei den untersuchten Kindern und Jugendlichen. Dies ist vergleichbar mit der von GANSCHOW [19] angegebenen Zahl von 43 % bei erwachsenen Judoka.

Bei der Untersuchung der Judoka fiel mir auf, daß viele diese Beschwerden bagatellisierten. Eine adäquate Behandlung (z.B. Krankengymnastik) fand entweder gar nicht statt oder erst viel zu spät, z.T. erst nach Monaten.

Bei den Untersuchungsbefunden am Fuß fiel die große Häufigkeit der Laxität der Außenbänder des *Sprunggelenks* auf. 8 der 18 Befunde stehen in Zusammenhang mit Judo-Verletzungen in der Anamnese, 4 mit judounabhängigen Angaben in der Anamnese. In 6 Fällen konnten keine anamnestischen Hinweise gefunden werden, diese dürften z.T. Ausdruck einer konstitutionellen Hypermobilität sein.

Bezüglich des Judo ist erwähnenswert, daß viele Fußwürfe mit einer Supination des Fußes von Tori (dem Werfenden) einhergehen (s. Abb. 9), während die Pronation praktisch nie erforderlich ist. Diese Bewegungsmuster verstärken noch die bei den Kindern und Jugendlichen schon physiologisch bestehende vermehrte Dehnbarkeit der Außenbänder. Bei dem typischen Verletzungsmechanismus der Distorsion des Sprunggelenks wird das Standbein von Uke in Supination weggeschlagen.

Auffällig war die große Häufigkeit der Belastungsschmerzen am Sprunggelenk.

Präventiv gesehen wäre es sinnvoll, die Muskelgruppe der Pronatoren des Sprunggelenks (Mm. peronei) in die allgemeine Muskelkräftigung am Anfang eines jeden Judotrainings mit einzubeziehen. Wichtig ist ferner die adäquate Behandlung der Sprunggelenksverletzungen und auch der rezidivierenden Distorsionen. Wie schon erwähnt, ist dies bei den Kindern und Jugendlichen häufig nicht der Fall.

Von den 3 Untersuchungsbefunden an der Großzehe waren 2 auf in dieser Arbeit ausgewertete Verletzungen zurückzuführen. Befunde an den übrigen *Zehen* fanden sich nicht.

Die Untersuchungsbefunde an der *Wirbelsäule* sind vorwiegend statisch bedingt und stehen im allgemeinen nicht im Zusammenhang mit dem Judo, abgesehen von den 2 Fällen mit Blockierungen.

5 Judoka klagten jedoch über rezidivierende Schmerzzustände am Rücken.

Bei einer großen Zahl der Judoka bestand eine Hyperlordose, hier könnten sich fehlerhafte Eindrehtechniken mit Hohlkreuzbildung ungünstig auswirken.

Trotz der bei meiner Statistik gefundenen hohen Zahl an aktuellen HWS-Verletzungen fand sich bei der Untersuchung an diesem WS-Abschnitt kein Befund. Die Verletzungen sind funktioneller Natur. Eventuelle degenerative Veränderungen durch die häufigen, oft kaum bemerkten Distorsionen dürften erst im späteren Erwachsenenalter nachweisbar sein.

#### **2.5.4 Muskelstatus**

Bei allen 55 orthopädisch untersuchten Judoka fanden sich Muskeldysbalancen. Davon bestand in 30 Fällen (55 %) ein funktioneller Zusammenhang zu bestehenden Gelenkbefunden.

##### **Muskelverkürzungen:**

Im folgenden beziehen sich die Prozentangaben auf die 55 untersuchten Judoka.

Mit abnehmender Häufigkeit betrafen die Muskelverkürzungen:

die ischiocrurale Muskelgruppe mit 34 Fällen (62 %)

den M. rectus femoris mit 34 Fällen (62 %)

den M. trapezius mit 31 Fällen (56 %)

den M. levator scapulae mit 18 Fällen (33 %)

den M. piriformis mit 13 Fällen (24 %)

den M. ileopsoas mit 5 Fällen (9 %)

den M. triceps surae mit 4 Fällen (7 %).

Keine Verkürzungen fanden sich am M. pectoralis maior und den Adduktoren.

Deutliche Verkürzungen (Stufe 2, wie oben beschrieben) fanden sich bei vier verschiedenen Muskelgruppen: 18 der 34 Fälle mit Verkürzung der ischiocruralen Muskulatur, 7 der 34 Fälle mit Verkürzung des M. rectus femoris, 1 der 18 Fälle mit Verkürzung des M. levator scapulae und 4 der 13 Fälle mit Verkürzung des M. piriformis.

Unter den 31 Fällen mit einer Verkürzung des M. trapezius bestand nur bei 3 Fällen gleichzeitig eine Abschwächung der interscapulären Muskulatur und bei 7 eine gleichzeitige Abschwächung der tiefen Halsbeuger.

### Muskelabschwächungen:

Muskelabschwächungen fanden sich bei den 55 Judoka an allen untersuchten Muskelgruppen in folgender abnehmender Häufigkeit:

- der M. gluteus maximus in 44 Fällen (80 %)
- die Bauchmuskulatur in 20 Fällen (36 %)
- die tiefen Halsbeuger in 16 Fällen (29 %)
- die Rückenstrecker in 13 Fällen (24 %)
- die Schulterblattfixatoren in 9 Fällen (16 %)
- die Abduktoren in 1 Fall (2 %).

Bezüglich dem Auftreten der beiden häufigsten Muskelabschwächungen einerseits und den korrelierenden Muskelverkürzungen andererseits ergab sich folgendes Bild, wenn man bei beidseitigen Befunden jede Seite einzeln zählt:

81 mal lag eine Abschwächung des *M. gluteus maximus* vor. Hierbei fand sich 46 mal (57 %) eine Verkürzung des antagonistisch wirkenden M. rectus femoris, 35 mal (43 %) keine Verkürzung des M. rectus femoris. Die synergistisch wirkende ischiocrurale Muskulatur zeigte, bezogen auf die 81 Befunde, 47 mal (58 %) eine Verkürzung, 34 mal (42 %) keine Verkürzung.

Ebenfalls genauer betrachtet wurde die *Abschwächung der tiefen Halsbeuger*. In 7 der 16 Fälle wurde gleichzeitig eine Verkürzung, in 2 Fällen eine Verspannung und in 7 Fällen keine Verkürzung des M. trapezius festgestellt.

Von den 20 Fällen mit Abschwächung der *Bauchmuskulatur* bestand bei 4 Fällen eine Hyperlordose der LWS und bei weiteren 4 eine Hyperlordose gepaart mit Adipositas.

### 2.5.5 Ausführungen zu den Ergebnissen des Muskelstatus

Auffällig bei den Untersuchungsergebnissen bezüglich der Muskulatur ist der hohe Prozentsatz an Verkürzungen der zweigelenkigen langen Beinmuskulatur (ischiocrurale Muskulatur und M. rectus femoris zu gleichen Teilen) und der Schulternackermuskulatur sowie die erschreckend hohe Zahl der Abschwächungen des M. gluteus maximus.

Eigentlich sollte man annehmen, daß gerade der Judoka eine ausgeglichene Muskulatur besitzt. Die Sportart an sich ist vielseitig und bezieht alle Muskelgruppen mit ein. Ebenso wird beim Training großen Wert auf eine allgemeine Muskelkräftigung und auf Dehnübungen gelegt.

Unter den *ischiocruralen Muskeln* faßt man drei Muskeln zusammen, den M. biceps femoris, den M. semitendinosus und den M. semimembranosus. Sie beugen im Kniegelenk und strecken im Hüftgelenk und sind somit Antagonisten des *M. rectus femoris*, der im Kniegelenk streckt und im Hüftgelenk beugt. Im gesamten Bewegungsablauf gibt es auch synergistische Anteile. Der M. gluteus maximus wirkt synergistisch-antagonistisch mit den M. rectus femoris. Bezüglich des Hüftgelenks wirkt er antagonistisch, bezüglich des Kniegelenks synergistisch. Er streckt im Hüftgelenk und rotiert nach außen, dies bedeutet beim Spielbein Rückwärtsheben des Oberschenkels.

Bei vielen Judowürfen ist der Bewegungsablauf derart, daß sich Tori mit dem Rücken zu Uke eindreht, durch Hüft- und Kniebeugung unter dessen Schwerpunkt geht und unter blitzartiger Streckung im Kniegelenk bei Beibehaltung der Beugung im Hüftgelenk den Wurf ausführt. Dazu benötigt man die ischiocruralen Muskeln und den M. rectus femoris als Anteil des M.



quadriceps femoris. Als beispielhafte Würfe seien genannt aus der Gruppe der Hand-/Schulterwürfe der Seoi-nage, der Seoi-otoshi, der Tai-otoshi, aus der Gruppe der Hüftwürfe der O-goshi, der Uki-goshi (s. Abb. 2, 3, 8, 5).

Bei einigen Würfen erfolgt nach dem oben beschriebenen Eingang mit Hüft- und Kniebeugung das blitzschnelle Rückwärtsführen eines Beines, d.h. Hüftstreckung und Kniestreckung. Die Hüftstreckung erfolgt durch den M. gluteus maximus und die ischiocrurale Muskulatur, die Kniestreckung durch den M. rectus bzw. quadriceps femoris. Als Beispiel seien genannt aus der Gruppe der Hüftwürfe der Harai-goshi und Hane-goshi und aus der Gruppe der Beinwürfe der Uchi-mata (s. Abb. 6, 7).

Bei den Fußfeuern führt Tori eine Beugung im Hüftgelenk und eine Beugung oder Streckung im Kniegelenk durch, wobei als eigentliche Bewegung - mit einigen Ausnahmen - das schnelle Seitwärtsführen des Beines durch Ab- oder Adduktoren erfolgt (s. Abb. 9).

Selbstverständlich sind bei den oben beschriebenen Bewegungsabläufen noch andere Muskeln beteiligt. Die genannten Muskeln sind nur jeweils die am stärksten beanspruchte Muskelgruppe und neigen auch dadurch schon eher zu Verkürzungen. Bei Dehnung dieser Muskulatur auf normale Länge könnte die Muskelfunktion noch weiter verbessert werden und Verletzungen und Gelenkschäden vorgebeugt werden. Dies ist eine Aufgabe für das Training.

Die extrem häufige Abschwächung des *M. gluteus maximus* sollte ein Anlaß zu einem intensivierten Training dieser Muskulatur sein. Im Judo gibt es mehrere Würfe, bei denen Tori besonders die Kraft dieses Muskels benötigt wie z. B. Uchi-mata, Harai-goshi (s. Abb. 6, 7) und O-soto-gari. Die Muskelarbeit wird hier durch die ischiocrurale Muskulatur übernommen, die ja bei 58 % auf der gleichen Seite verkürzt ist, auf der auch eine Abschwächung des M. gluteus maximus besteht. Von Bedeutung ist die mit 57 % häufige Verkürzung des antagonistisch wirkenden M. rectus femoris, die erst beseitigt werden muß, bevor eine ausreichende Kräftigung des M. gluteus maximus möglich ist. Sicherlich spielt hier auch die allgemeine Bewegungsarmut der Kinder und Jugendlichen mit vorwiegend sitzender Haltung eine wesentliche Rolle.

Auffällig ist der hohe Prozentsatz an Verkürzungen des *M. trapezius* und des *M. levator scapulae*. Zur Verkürzung neigt vorwiegend die Pars descendens des M. trapezius. Diese hebt den Schultergürtel an und verhindert ein Absinken bei Wirken einer äußeren Last. Der M. trapezius ist auch beteiligt bei der zweiten Abduktionsphase der Armes zwischen 90° und 150° und der zweiten Anteversionsphase des Armes zwischen 60° und 120°. Der M. levator scapulae hebt den Angulus superior nach oben und medial und ist aktiv beim Tragen einer Last.

Wie aus den obigen Daten zu ersehen, steht die Verkürzung des M. trapezius nur bei einer geringen Zahl der Judoka in Zusammenhang mit Muskeldysbalancen, wie z.B. eine Verkürzung infolge vermehrter Haltearbeit bei Abschwächung der interscapulären Muskulatur oder als Antagonist bei Abschwächung der vorderen Halsmuskulatur. Die eigentliche Ursache für die Häufung der Verkürzungen scheint doch in Zusammenhang mit judotypischen Bewegungen zu stehen. So wurden vergleichsweise in einer Studie an 13 Bundesliga-Ringern im Hinblick auf muskuläre Dysbalancen [39] keine Verkürzungen des M. trapezius, M. levator scapulae und M. sternocleidomastoideus gefunden.

Ein entscheidendes judotypisches Bewegungsmuster scheint mir die Anteversion der Arme zu sein. Diese besteht schon bei dem Griff am Judogi und ist Bestandteil eines jedenwurfes. Die reine Abduktion des Armes von 90° findet sich bei dem sehr häufig durchgeführten Schulterwurf Seoi-nage und dem Schulterwurf Seoi-otoshi, das Wirken einer äußeren Last eigentlich nur bei dem Kata-guruma (s. Abb. 4), wobei Uke auf die eigene Schulterpartie aufgeladen und auf der Gegenseite zu Boden geworfen wird. Außer beim Kata-guruma liegt

bei den Schulterwürfen kein wesentliches Gewicht auf der Schulterpartie, da Uke mehr mit Schwung *über* die Schulter hinweggezogen wird.

Hier erscheint mir der Hinweis wichtig, daß auch M. trapezius und M. levator scapulae bei jedem Training intensiver gedehnt werden müssen. Die Dehnbarkeit dieser Muskulatur ist vor allem beim Bodenkampf von Bedeutung, wo sehr häufig extreme Seitneigungen der Halswirbelsäule vorkommen.

Relativ häufig besteht bei den jungen Judoka noch eine Abschwächung der *Bauchmuskulatur*, obwohl die Kräftigung derselben ein fester Bestandteil des Trainings sein dürfte. Hier spielt die Fehlstatik der Wirbelsäule (Hyperlordose der LWS) eine Rolle, häufig gepaart mit Adipositas.

Die Abschwächung der *tiefen Halsbeuger* dürfte zum Teil auf der Verkürzung des antagonistisch wirkenden M. trapezius beruhen. Die tiefen Halsbeuger sind von entscheidender Bedeutung beim Judo, sie verhindern den Peitschenschlagmechanismus beim Fallen und somit rezidivierende Distorsionstraumen der HWS. Eine Kräftigung dieser Muskulatur beugt späteren degenerativen Veränderungen vor.

Abschwächungen von *Schulterblattfixatoren und Rückenstreckern* sind statisch bedingt und kommen trotz des vielseitigen Judotrainings doch noch relativ häufig vor. Dies sollte unbedingt beim Training stärker berücksichtigt werden. Beide Muskelgruppen sind wichtig bei der Bodenarbeit, z.B. für Kopf- und Schulterbrücke bei Befreiungsversuchen aus Haltegriffen (s. Abb. 12), aber auch für eine rückschonende Durchführung des Seoi-nage.

## **2.6 Empfehlungen zur Prophylaxe von Judoverletzungen und Judoschäden**

Im folgenden seien einige Hinweise zur generellen Prävention von Sportunfällen und Sportschäden im Judo aufgeführt:

Sehr wichtig ist ein gutes und ausreichendes *Aufwärmen* aller Körperpartien zu Beginn des Trainings. Das Training sollte vielseitig gestaltet werden, langsam beginnen und allmählich gesteigert werden. Lange Unterbrechungen sollten vermieden werden, um ein Abkühlen der Muskulatur zu verhindern. Die Trainingsteilnehmer sollten nicht überfordert werden. Schwierige Übungen gehören nicht an den Schluß des Trainings.

Um eine *saubere Wurfausführung* zu erreichen, ist eine gute technische Anleitung durch den Trainer mit entsprechender Kontrolle von entscheidender Bedeutung. Es sollte von Anfang an auf die korrekte Ausführung aller Stand- und Bodentechniken geachtet werden. Hierdurch können viele Verletzungen von Uke vermieden werden. Wie in der Untersuchung gezeigt werden konnte, sind bei den Kindern und Jugendlichen viele Verletzungen schon auf einen unsauberen Wurfansatz zurückzuführen.

Um Meniskusküsläsionen vorzubeugen sollte unter anderem darauf geachtet werden, daß beim Eindrehen der *Unterschenkel nicht fixiert* ist, sondern in Wurfrichtung mitgedreht wird. Bei der eigentlichen Wurfausführung sollte unbedingt eine *forcierte Hohlkreuzbildung* vermieden werden, z.B. bei dem Schulterwurf Seoi-nage. Falsche unphysiologische Wurftechniken führen meist erst bei erwachsenen Judoka zu hartnäckigen Wirbelsäulenbeschwerden.

In Training und Wettkampf sollten die Prinzipien Kanos stärker berücksichtigt werden, d.h. Sieg durch Nachgeben. Wer die Technik des *Gleichgewichtsbrechens* exakt beherrscht, benötigt bei der Wurfausführung weniger Kraft. Dadurch sinkt das Verletzungsrisiko für

Werfer und Geworfenen. Dies erfordert eine entsprechende Erziehungsarbeit des Trainers. Auch die Schiedsrichter sollten bei Regelverstößen und grobem Kampfstil konsequent eingreifen.

Extrem wichtig ist das *perfekte Beherrschen der Fallschule*. Hierauf sollte meiner Ansicht nach wesentlich mehr Wert gelegt werden. Auch das Verlieren muß gelernt sein: Es sollte kein Abstützen auf den gebeugten oder gestreckten Arm erfolgen, um eine Wertung für den Gegner zu verhindern. Dies führt sehr häufig zu Unterarm-, Ellenbogen- und Schulterverletzungen. Der Gegner sollte beim Fallen nicht mitgerissen werden, wie z.B. beim Preßwurf. Dies kann zu Thoraxprellungen, Rippenfrakturen und Schulterverletzungen führen.

Bei *Hebel- und Würgetechniken* sollte frühzeitig abgeschlagen werden. Hierdurch können Schäden am eigenen Körper verhindert werden, z.B. die bekannten Ellenbogengelenksarthrosen langjähriger Judoka durch häufige Distorsionstraumen. Der Judoka muß lernen, daß es falscher Ehrgeiz ist, diese in Kauf zu nehmen. Aber auch der Gegner muß Fairness besitzen und sollte Hebel- und Würgetechniken nur mit einer gewissen Vorsicht einsetzen.

Zur Vermeidung von Verletzungen sollten die *Dojos* nicht überfüllt sein und es sollte Disziplin herrschen. Die Anweisungen des Trainers sollten befolgt werden. Beim Training sollte auf annähernde Partnergleichheit Wert gelegt werden. Zu achten ist auch auf einen ausreichend großen Sicherheitsabstand zwischen Mattenfläche und Umgebung.

Um vor allem Zehenverletzungen vorzubeugen, sollten alte *Tatamis* mit schlechter Oberfläche (geringe Haftfähigkeit, Risse, Löcher) unbedingt ersetzt werden. Die Spalten von zusammen gelegten Matten müssen beseitigt werden.

Es wäre sinnvoll, wenn sich der *Trainer* zu Beginn eines jeden Trainings über vorliegende Verletzungen und Belastungsschmerzen informiert. Der Trainer ist für den Judoka die eigentliche Ansprechperson und kann auf sein Gesundheitsverhalten Einfluß nehmen. Bei meiner Untersuchung fiel mir auf, daß viele, auch schwerwiegende Beschwerden von den Kindern und Jugendlichen bagatellisiert wurden (z.B. Knieverletzungen, Patellaluxationen, rezidivierende Distorsionstraumen des OSG, Distorsionen des Ellenbogengelenks), daß oft trotz Verletzung in gleicher Weise weitertrainiert wurde und eine adäquate Behandlung gar nicht oder zu spät erfolgte.

Der Trainer sollte darauf achten, daß alte Verletzungen völlig ausheilen. Er kann diesbezüglich einen Wettkampfstop verhängen, er kann für den Betroffenen das Training modifizieren und ihn bei geschwächten Gelenken zum Tragen von Bandagen und Schonern bzw. zum Anlegen von Tape-Verbänden (v.a. Finger und Zehen) anhalten.

Die Beeinflussung von *Muskeldysbalancen* ist im Training sicherlich nur sehr begrenzt möglich. Im Hinblick auf die bei den jugendlichen Judoka am häufigsten gefundenen Muskelverkürzungen und -abschwächungen könnten jedoch bei den allgemeinen Dehn- und Kräftigungsübungen entsprechende Schwerpunkte gesetzt werden.

Geachtet werden sollte auf gezieltes Dehnen der ischiocruralen Muskulatur, des M. rectus femoris, des M. trapezius und des M. levator scapulae. Bei der Muskelkräftigung sollte man sich konzentrieren auf Bauchmuskulatur, tiefe Halsbeuger, Schulterblattfixatoren, Rückenstrecker und vor allem den M. gluteus maximus.

Sehr wichtig für saubere Wurfausführung und Vermeidung häufiger Aufpralltraumen ist die Kräftigung des M. quadriceps femoris. Bezüglich des Sprunggelenks (häufige

Distorsionstraumen, Laxität der Außenbänder) könnte auch die Kräftigung der Pronatoren einbezogen werden.

Eine gut auftrainierte gelenkumspannende Muskulatur bietet einen reaktionsfähigen Gelenkschutz vor Gewalteinwirkung.

Um Muskeldysbalancen nicht weiter zu forcieren, sollten einseitige Techniken und eine zu frühe Spezialisierung vermieden werden.

*Sportärztliche Tauglichkeitsuntersuchungen* sollten nicht nur wie vorgeschrieben jährlich, sondern auch vor Aufnahme eines intensiven Trainings und vor Wettkämpfen erfolgen. Sie sollten zusätzlich die Erfassung von Muskeldysbalancen beinhalten. Hierdurch wäre es möglich für

Judoka einen persönlichen Trainingsplan zu erstellen. Denn zur Beseitigung von Muskelverkürzungen ist die Eigendehnung über einen gewissen Zeitraum unerlässlich. Bevorzugt wird hier meistens die postisometrische Dehnung.

### **3. ZUSAMMENFASSUNG**

Ich besuchte von Anfang 1997 bis März 1998 14 Judowettkämpfe im Bezirk Wetterau mit insgesamt 1705 Teilnehmern, 4 Bezirkskader-Lehrgänge des Bezirks Wetterau sowie einen privaten Lehrgang.

Meine Untersuchung bezieht sich nur auf Kinder und Jugendliche bis zum Alter von 18 bzw. 19 Jahren.

Bei den Wettkämpfen und Lehrgängen wurden die Verletzten an Hand eines Fragebogens befragt.

Weiterhin wurden an die Vereine Fragebögen gesandt zur Erfassung von Trainingsverletzungen im gleichen Zeitraum.

Es konnten insgesamt 129 Verletzungen bei 107 Verletzten ausgewertet werden, darunter 86 Wettkampfverletzungen, 30 Lehrgangsverletzungen und 13 Trainingsverletzungen.

In Bezug auf die Gesamtzahl der 1705 Wettkampfteilnehmer wurde bei Wettkämpfen der Kinder und Jugendlichen eine Verletzungsquote von 9,6 % ermittelt, abzüglich der Bagatellverletzungen eine Quote von 7,6 %.

Bei den 88 Teilnehmern der 4 Bezirkskader-Lehrgänge betrug der Verletzungsanteil 37,5 %, abzüglich der Bagatellverletzungen nur noch 32 %.

Dieser hohe Wert erklärt sich durch die wesentlich längere Dauer des Trainings, häufige Übermüdung, Unkonzentriertheit und Muskelkater am zweiten Lehrgangstag und andere Faktoren, wie das Einüben bisher unbekannter Techniken und das hohe Niveau des Trainings. Diese Verletzungen verhinderten im allgemeinen nicht die weitere Teilnahme am Lehrgang.

Die Verletzungen wurden bezüglich verschiedener Variablen aufgeschlüsselt. Dabei fanden sich folgende Besonderheiten:

- eine tendenziell höhere Verletzungsquote bei Mädchen
- eine Häufung der Verletzungen bei weiblichen Judoka der Altersgruppe U19 und bei männlichen Judoka der Altersgruppe U13
- eine höhere Verletzungszahl in der Altersgruppe U13, eine erniedrigte Verletzungszahl in der Altersgruppe U15/16
- im Wettkampf eine geringere Verletzungshäufigkeit bei leichtgewichtigen Judoka und eine höhere Verletzungshäufigkeit bei schwergewichtigen Judoka
- im Lehrgang eine höhere Anzahl an Verletzungen bei leichtgewichtigen und eine geringere Anzahl bei schwergewichtigen Judoka

Leistungsstand (Kyu), Wettkampferfahrung, Wettkampfebene, Trainingsintensität und bevorzugte Techniken zeigten keinen erkennbaren Einfluß auf die Verletzungsanfälligkeit. Als häufigste Zusatzsportarten wurden Fußball und Inline Skating angegeben.

Als bevorzugte Würfe wurden von den 107 erfaßten Judoka angegeben: Seoi-nage, Harai-goshi, Tai-otoshi, O-goshi und Hüftwürfe generell. Dies variiert in der Reihenfolge nach Geschlecht und Altersgruppe.

Die Verteilung der bevorzugten Würfe der Kinder und Jugendlichen steht in deutlichem Gegensatz zu den bevorzugten Würfen Erwachsener, welche wesentlich häufiger die schwer zu erlernenden Fußwürfe bevorzugten.

Bei 23,3 % der Verletzungen wurden Bandagen getragen, Tapeverbände waren extrem selten. Bei einem hohen Prozentsatz der von Verletzungen betroffenen Judoka von 19 % lag ein geschwächter Allgemeinzustand vor, darunter bei 7 % ein grippaler Infekt. Nur 1 Trainingsverletzung mußte operativ behandelt werden.

Erfragt wurden auch Daten, die speziell den Wettkampf betreffen:

Das Aufwärmen vor dem Wettkampf erfolgte am häufigsten durch Laufen, Dehnen und judotypische Techniken. Bei 7 % der Verletzungen wurde am Wettkampftag Gewicht abtrainiert, bei 5 % vor dem Wettkampftag. Ein Einfluß von Verwarnungen durch Kampfrichter auf das Verletzungsrisiko scheint gegeben.

55 %, also der überwiegende Teil der Verletzungen wurde durch Würfe verursacht, wobei nur selten der zur Verletzung führende Wurf vom Betroffenen näher bezeichnet werden konnte. Eine Häufung einzelner Würfe bezüglich bestimmter Verletzungslokalisationen konnte nicht eruiert werden. Nur 10 % der Verletzungen wurden durch Bodentechniken hervorgerufen und ein ganz geringer Prozentsatz durch Hebel- und Würgegriffe.

Bei der Auswertung der Verletzungslokalisationen der Kinder und Jugendlichen zeigte sich in der Gesamtstatistik folgende Verteilung: untere Extremitäten 38 %, Kopf/Hals 26,4 %, obere Extremitäten 20,9 %, Rumpf 14 %.

Bezieht man sich nur auf die Wettkampfverletzungen, so standen hier die Verletzungen an Kopf/Hals mit 36,4 % an erster Stelle, die Verletzungen der unteren Extremitäten mit 29,4 % an zweiter Stelle.

In Bezug auf die einzelnen Lokalisationen führten in der Gesamtstatistik Knieverletzungen vor Kopfverletzungen und Verletzungen an HWS und Nacken.

Bei den Wettkampfverletzungen führten die Kopfverletzungen, die Knieverletzungen standen an dritter Stelle.

Bei der Differenzierung der Knieverletzungen überwogen Kontusionen vor Distorsionen.

Diese Statistik zeigt deutliche Unterschiede zu den retrospektiv erstellten Statistiken in der Literatur. Kopfverletzungen sind in meiner Statistik häufiger, Verletzungen an den oberen Extremitäten deutlich seltener. Dies führe ich auf die besonderen Gegebenheiten bei der aktuellen Erfassung der Daten zurück, die verminderte Inzidenz der Verletzungen an den oberen Extremitäten auch auf unsaubere Wurftechniken. Betrachtet man jedoch (retrospektiv) die früheren Verletzungen der Judoka, so gleicht sich dies den übrigen Statistiken an, lediglich frühere Kopf- und Schulterverletzungen werden seltener angegeben.

Die retrospektiv erfaßten Verletzungen der 107 Judoka betrafen vorwiegend Knie und Patella, Sprunggelenk, Finger und Ellenbogen. Diese Lokalisationen sind für spätere Sportschäden bekannt.

Die Verletzungslokalisationen wurden zu verschiedenen Variablen in Bezug gesetzt. Dabei fanden sich folgende Besonderheiten:

- Die durch Würfe verursachten Verletzungen betrafen vorwiegend die unteren Extremitäten.
- In Bezug auf die Einzellokalisationen betrafen die durch Würfe verursachten Verletzungen am häufigsten die Knie, gefolgt von Kopf und Rippen.
- Es fand sich eine Häufung der Verletzungen an oberen Extremitäten und Kopf/Hals bei niederen Kyu-Graden.

Die Verletzungen waren mit 60 % häufiger rechts als links lokalisiert, was bei Rechtskämpfern überwiegend auf eine unsaubere Wurftechnik schließen läßt.

Unter den 129 Verletzungen waren nur 4,7 % schwer, darunter keine Lehrgangsverletzung. Bezüglich der Verletzungsart überwogen in der Gesamtheit und bei den Wettkampfverletzungen die Kontusionen eindeutig vor den Distorsionen. Bei den Lehrgangs- und Trainingsverletzungen traten Kontusionen und Distorsionen in gleicher Häufigkeit auf. Außer den Muskelzerrungen waren alle übrigen Verletzungsarten selten. Auch dies führe ich auf die Aktualität bei der Erfassung zurück.

In den retrospektiv erfaßten Statistiken in der Literatur werden im Gegensatz zu meiner aktuell erfaßten Erhebung (s. Tab. 25) in der Mehrheit Distorsionen häufiger angegeben als Kontusionen. Bandverletzungen, Frakturen und Luxationen werden ebenfalls wesentlich häufiger angegeben.

Betrachtet man jedoch die früheren Verletzungen der 107 befragten Judoka, so fanden sich mit 26,4 % erstaunlich viel schwere Verletzungen, die vorwiegend im Training aufgetreten sein müssen. Die hohe Zahl an Frakturen, Bandverletzungen und Luxationen relativiert sich bei Berücksichtigung des Erfassungszeitraums von mehreren Jahren und entspricht damit wieder in etwa den Statistiken in der Literatur.

Auch Distorsionen überwiegen bei den früheren Verletzungen.

Von den 107 durch Fragebogen erfaßten Judoka konnten 55 orthopädisch nachuntersucht werden. Diese klinische Untersuchung beinhaltete eine vollständige Untersuchung des Bewegungsapparates, sowie Muskeltests zur Erkennung von Verkürzungen und Abschwächungen großer Muskelgruppen.

Am häufigsten wurden Untersuchungsbefunde an den Knien, Füßen und bezüglich der Wirbelsäulenstatik erhoben. Auch Belastungsbeschwerden beim Judo wurden am häufigsten an den Knien, am zweithäufigsten an den Sprunggelenken angegeben.

Am Knie wurden in meiner Untersuchung mit 65 % extrem häufig Befunde einer Chondropathia patellae erhoben, was die allgemeinen Häufigkeitsangaben in der Literatur [60] bezüglich Kindern und Jugendlichen bei weitem übersteigt. Es zeigte sich erstaunlicherweise aber jeweils kein Vorherrschen eines der folgenden Merkmale: gleichzeitige Verkürzung des M. rectus femoris, kniebelastende Zusatzsportart, Altersgruppe, absolvierte Trainingsjahre. Die Häufung von Chondropathie-Befunden könnte auf judotypische Bewegungsmuster zurückgeführt werden, wie häufige Aufpralltraumen, tiefe Eindrehetechniken und Kontusionen der Patella durch unsaubere Wurfausführungen des Gegners. Die Ursache für die Knieprobleme könnte in der im Verhältnis zur benötigten Kraft zu schwachen Beinmuskulatur der Kinder und Jugendlichen gesehen werden.

Ein Teil der Befunde an Menisci und Bändern des Kniegelenks konnten auf frühere Verletzungen zurückgeführt werden. Auch unsauber ausgeführte judotypische Bewegungsmuster werden ursächlich in Betracht gezogen.

Am Sprunggelenk fiel bei der Untersuchung eine Häufung der Laxität der Außenbänder auf, davon standen 8 der 18 erhobenen Befunde in Zusammenhang mit Judo-Verletzungen. Zusätzlich spielt hier das judotypische Bewegungsmuster bei Fußwürfen eine Rolle, die fast immer in Supinationsstellung des Fußes durchgeführt werden.

Befunde an den Fingern fanden sich bei 7 Judoka, über belastungsabhängige Schmerzen klagten 6 Judoka. 17 Judoka gaben ältere und/oder aktuelle Fingerverletzungen an. Hier zeigt



sich, daß sich der judotypische Sportschaden der Fingergelenkspolyarthrose schon im Jugendalter anbahnt.

Ähnliches, wenn auch nicht so ausgeprägt, gilt für den judotypischen Sportschaden der Ellenbogengelenksarthrose. 11 der 55 Untersuchten gaben Mikro- und Makrotraumen am Ellenbogengelenk an. Eine Streckhemmung durch Traumen beim Judo fand sich in 2 Fällen, diese beiden Judoka klagten auch über Belastungsschmerzen.

Die übrigen Gelenke waren seltener betroffen, auf Judo zurückzuführende Befunde fanden sich lediglich noch an der Schulter und der Großzehe. Die Wirbelsäulenbefunde bezogen sich judounabhängig vorwiegend auf die Statik.

Die Untersuchungsbefunde an der Muskulatur ergaben einen sehr hohen Prozentsatz an Verkürzungen der ischiocruralen Muskulatur, des M. rectus femoris, des M. trapezius und des M. levator scapulae. Dies wird in Zusammenhang gebracht mit judotypischen Bewegungsmustern. Weiterhin fand sich eine extrem häufige Abschwächung des M. gluteus maximus. Weniger häufig abgeschwächt waren die Bauchmuskulatur, die tiefen Halsbeuger, die Rückenstrecker und die Schulterblattfixatoren. Alle diese Muskelgruppen sind für die erfolgreiche Ausübung des Judos wichtig und bedürfen bei den Kindern und Jugendlichen gezielter Kräftigung.

Zur Prävention von Verletzungen und Sportschäden ist zusammenfassend folgendes zu fordern:

- intensive Techniks Schulung durch den Trainer mit Beherrschen der Fallschule und Erlernen einer sauberen Wurfausführung
- Auskurieren aller Verletzungen, auch der Mikrotraumen. Häufigeres Anlegen von Tape-Verbänden, z.B. bei Schmerzen an den Fingergelenken
- intensiveres Kräftigen des M. quadriceps femoris und der Mm. peronei
- gezieltes Kräftigen des M. gluteus maximus, der Bauch- und Rückenmuskulatur, sowie der vorderen tiefen Halsmuskulatur
- intensiveres Dehnen der ischiocruralen Muskulatur, des M. rectus femoris und der Schulternackmuskulatur
- judospezifische sportmedizinische Betreuung leistungsorientierter Judoka auch im Kindes- und Jugendalter.

#### **4. LITERATURVERZEICHNIS**

- [1] AMANN, K.:  
Judo Sportmedizinisches Profil einer Sportart.  
Dissertation, Heidelberg 1990.
- [2] APEL, J.:  
Wirbelsäulenbefunde bei jugendlichen Judokas nach mehrjährigem Training.  
Med. u. Sport 18 (1978), 307-313.
- [3] BARTH, P., U. KAISER:  
Judo für Jugendliche.  
(Nymphenburger: München 1978).
- [4] BEISSNER, C., M. BIROD:  
Judo - Training Technik Taktik  
(Rowohlt: Hamburg 1990).
- [5] VON DEN BENKEN, M.:  
Warum gerade Judo?  
Judo Magazin 2 (1989), 31.
- [6] VON DEN BENKEN, M.:  
Judo-Woche an der Schule für Geistigbehinderte in Burgdorf  
Mit Judo gegen Aggressionen.  
Judo Sport Journal 7 (1996), 20-21.
- [7] BIENER, K.:  
Sportmedizin Band 3  
(Habegger: Derlingen - Solothurn 1985)
- [8] BIROD, M.:  
Judokurs Training Technik Taktik.  
Aktualisierte Auflage (Rowohlt: Hamburg 1984).
- [9] BRENDDEL, B., S. BRENDDEL:  
Der unmittelbare Einfluß von Würgegriffen im Judokampfsport bei Kindern und Jugendlichen auf Kreislaufparameter und Säure-Basen-Status.  
Med. u. Sport 23 (1983), 316-319.
- [10] BRIEF, O.:  
Judo.  
4. Auflage (Verlag Parzeller & Co: Fulda 1972).
- [11] BRÜGGEMANN, G.:  
Sportverletzungen und Sportschäden beim Judo.  
Orthop. Praxis 14 (1978), 396-398.

- [12] COTTA, H.:  
Der Mensch ist so jung wie seine Gelenke.  
(Piper & Co Verlag: Stuttgart 1986).
- [13] COTTA, H., H. KRAHL, K. STEINBRÜCK:  
Die Belastungstoleranz des Bewegungsapparates.  
(Georg Thieme Verlag: Stuttgart 1980).
- [14] DESHIMARU- ROSHI, T.:  
Zen in den Kampfkünsten Japans.  
3. Auflage (Werner Kristkeitz Verlag, Heidelberg 1994).
- [15] FRANKE, K.:  
Traumatologie des Sports.  
(Enke Verlag: Stuttgart 1986)
- [16] FREY, A., W. MÜLLER:  
Heberden-Arthrosen bei Judosportlern.  
Schweiz. Med. Wschr. 114 (1984), 40-47.
- [17] FUCHS, K.:  
Judo perfekt 1.  
(Falken Verlag: Niedernhausen 1995)
- [18] FUCHS, K.:  
Judo perfekt 2.  
(Falken Verlag: Niedernhausen 1994)
- [19] GANSCHOW, R.:  
Sportverletzungen im Judo: Risikoprofil und Ansätze für die Prävention.  
Deutsche Zeitschrift für Sportmedizin 3 (1998), 76-81.
- [20] GERGELY, W.:  
Die Entwicklung eines chronischen Sportschadens am Ellenbogengelenk von Judoka  
und dessen Abgrenzung gegen Ellenbogenschäden, verursacht durch andere Sportarten.  
Dissertation, Heidelberg 1989.
- [21] GERNHARDT, J.:  
Untersuchung zur Ätiologie der Chondropathia patellae bei jugendlichen Judoka.  
Dissertation, Leipzig 1985.
- [22] GODT, P., H. VOGELSANG:  
Seltene Verletzungen beim Judosport.  
Unfallheilkunde 82 (1979), 215-218.
- [23] GRASMÜCK, J.:  
Verletzungsspektrum im Judo.  
Judo-Magazin 6 (1997), 44.

- [24] GROH, H.:  
Sportschäden am Bewegungsapparat, insbesondere an der Wirbelsäule.  
Münch. med. Wschr. 114 (1972), 1377-1383.
- [25] GRUNDMANN, M.:  
Die Niederlage ist ein Sieg.  
1. Auflage (Econ Verlag: Düsseldorf und Wien 1983).
- [26] GÜSSBACHER, A.:  
Aktives Aufwärmen vor dem sportlichen Wettkampf.  
Judo-Magazin 6 (1978), 38.
- [27] GÜSSBACHER, A.:  
Der Judo-Ellenbogen - ein typischer Sportschaden.  
Judo-Magazin 3 (1988), 51-52.
- [28] GÜSSBACHER, A.:  
Arthrose und Leistungssport.  
In: Aktuelle Aspekte in der Sportmedizin (Univ.-Verlag: Jena 1993), 9-18.
- [29] GÜSSBACHER, A., G. ROMPE, H. M. SOMMER:  
Die jugendliche Wirbelsäule im Leistungs- und Hochleistungssport.  
In: Praktische Orthopädie Band 17 (1985)
- [30] VAN HAESSENDONCK, F. M.:  
Das praktische Handbuch der Judotechniken.  
(BLV Verlagsgesellschaft: München - Wien - Zürich 1981).
- [31] HARTMANN, H.:  
Judo: Technik, Methodik, Geist.  
2. Auflage (Verlag Karl Hofmann: Schorndorf 1979).
- [32] HEIPERTZ, W.:  
Chondropathia patellae.  
Dtsch. med. Wschr. 36 (1977), 1297.
- [33] JANDA, V.:  
Manuelle Muskelfunktionsdiagnostik.  
3. Auflage (Ullstein Mosby: Berlin 1994).
- [34] JANKO, W., K. HOEVELMANN:  
Grundsätzliche Gedanken zum Kinder-Training, Judo spielen.  
Judo-Magazin 10 (1990), 16-17.
- [35] KANO, J.:  
Der Beitrag des Judo zur Erziehung.  
In: Das Budo ABC (Budo Verlag: Sprendlingen 1981/82), 172-185.

- [36] KAUER, O.:  
Waage-K(r)ampf.  
Judo-Magazin 8 (1996), 34.
- [37] KAUER, O.:  
Die Wiege des deutschen Judos steht in Hessen.  
Sport in Hessen 14 (1997), 17.
- [38] KIMURA, M.:  
Judo für Anfänger und Kämpfer.  
(BLV Verlagsgesellschaft: München - Bern - Wien 1974).
- [39] KÖNIG, D.P., U. MÜNNICH, J. SCHMIDT, M. DÜNNWALD:  
Die Wertigkeit der manuellen Muskelfunktionsdiagnostik nach Janda  
Eine Untersuchung an Bundesligaringern  
Manuelle Medizin 2 (1999), 89-95.
- [40] KURIHARA, T., H. WILSON:  
Meisterliches Judo - Ursprung und Entwicklung, Techniken, Training,  
Selbstverteidigung.  
(Verlag Parzeller & Co: Fulda 1966).
- [41] KUTSCHERA, H.P.:  
Asiatische Kampfsportarten.  
In: Engelhardt, M., B. Hintermann, B. Segesser (Hrsg.): GOTS Manual  
Sporttraumatologie (Hans Huber Verlag: Bern 1997), 253-257.
- [42] LEKSZAS, G.:  
Sportspezifische Verletzungen im Judokampf. Sport, Unfallmechanismen und  
Hinweise zur Prophylaxe.  
Med. u. Sport 13 (1973), 79-84.
- [43] LETTL, H.:  
Sportmedizinische Aspekte des Judo: Unfallmechanismen und Sportschäden an den  
oberen Gliedmaßen nach jahrzehntelanger Sportausübung.  
Dissertation, Essen 1989.
- [44] VON LINGNAU  
„Abkochen“, aber mit System.  
Judo-Magazin 26 (1986), 12.
- [45] LIPPMANN, R.:  
Dehnen: wann und warum?  
Judo-Magazin 4 (1996), 38-39.
- [46] MENGE, M.:  
Judo.  
In: Pfürringer, W., W. Rosenmeyer, H.W. Bähr (Hrsg.): Sporttraumatologie (Perimed:  
Erlangen 1982), 109-117.

- [47] NIEKE, H.:  
Die Wirkung der Armhebel.  
Judo (DDR) 2 (1963), 9-12.
- [48] OGAWA, S., K. AKUTSU, R. SUGIMOTO, H. SAIKI, Y. IKAWA, M. TSUBOI:  
Physiologic studies on choking in Judo - studies on chocking with references to the  
hypophysio-adrenocortical system.  
Bulletin of the Association for the Scientific Studies on Judo. Kodokan Report 2, Tokio  
(1963), 107-114.
- [49] PERLECK, L.:  
„Gewichtmachen“  
Judo-Magazin 26 (1986), 40.
- [50] PERREN, A., K. BIENER:  
Judosportunfälle - Epidemiologie und Prävention.  
Dtsch. Z. f. Sportmed. 36 (1985), 294-300.
- [51] RASCHKA, C., A. STOCK, K. BRUNNER, K. WITZEL:  
Untersuchung über die Änderung der intrakraniellen Strömungsgeschwindigkeit bei  
einer Würgetechnik im Judo (Shime-waza) mittels transkranieller Dopplersonographie.  
Deutsche Zeitschrift für Sportmedizin 6 (1996), 393-398.
- [52] RAU, R., C. RASCHKA, J.M. KLOTZ, K. BRUNNER, W. BANZER:  
Spektralanalyse der EEG-Veränderungen nach einer Würgetechnik im Judo (Juji-jime).  
Deutsche Zeitschrift für Sportmedizin 6 (1997), 223-230.
- [53] RIETZ, M.:  
Der sanfte Weg gegen Gewalt - „Judo an der Schule“.  
Judo-Magazin 5 (1994), 15.
- [54] ROMPE, G., K. STEINBRÜCK, A. GÜSSBACHER:  
Sportorthopädische Betreuung im Judo.  
In: Löcken, M. (Hrsg.): Das Betreuungssystem im modernen Hochleistungssport  
(Philoppka: Münster 1982), 131-139.
- [55] SCHEERBAUM, U.:  
Verletzungen und Schäden im Judo.  
Examensarbeit 1996.
- [56] SCHMIDT, H., V. FRAUENDORF, U. ASMUSSEN, W. KRAFT:  
Der Muskeltest nach Janda für die sportmedizinische Praxis.  
Med. u. Sport 23 (19983), 271-278.
- [57] SCHOELLHORN, N., WERNER, M.:  
Der Judo-Übungsleiter.  
Selbstverlag 1986.

- [58] SCHREINER, H.:  
Gemeinsame Geschichte - gemeinsame Zukunft.  
Judo-Magazin 3 (1991), 9-10.
- [59] STEINBRÜCK, K.:  
Judo - ein Sport von der Jugend bis ins Alter?  
Med und Sport 24 (1984), 24-30.
- [60] STEININGER, K., R.E. WODICK, W. SPÄTE:  
Chondropathia patellae - Untersuchung der Femuropatellargelenke bei gesunden, sporttreibenden Kindern.  
Sportverletzung . Sportschaden 4 (1990), 87-91.
- [61] STERKOWICZ, S.:  
Unfallanalyse bei weiblichen und männlichen Judokas in den Jahren 1977-1980.  
Sport wyczynowy 21, Warschau (1983), 33-40.
- [62] STRAUZENBERG, GÜRTLER, HANNEMANN, TITTEL:  
Sportmedizin Grundlagen der sportmedizinischen Betreuung.  
(Johann Ambrosius Barth: Leipzig 1990).
- [63] TERHART, H.-G.:  
Sportmedizinische Aspekte des Judo: Unfallmechanismen und Sportschäden an den unteren Gliedmaßen nach jahrzehntelanger Sportausübung (Eine Untersuchung von 172 Judoka mit einer Trainingszeit von 10 bis 45 Jahren).  
Dissertation, Essen 1990.
- [64] TLUSTECK, H.:  
private Mitteilung (nach Janda), Dessau 1994.
- [65] VELTE, H.:  
Judo-Fachwort-Lexikon  
1. Auflage (Sport-Buch-Verlag H. Velte: Bad Homburg v.d.H. 1985).
- [66] WEINMANN, W.:  
1 x 1 des Judo.  
(Verlag Weinmann: Berlin 1994).
- [67] WIRBEL, R. J., CH. BRAUN, W. MUTSCHLER:  
Beidseitige Vertebralarterienverletzung nach HWS-Luxationsfraktur: Ein tödlicher Judosport-Unfall.  
Deutsche Zeitschrift für Sportmedizin 2 (1996), 61-65.
- [68] ZÖLLNER, R.:  
„Do“ und der Niedergang des Judo.  
Judo-Magazin 6 (1988), 19-20.

## **5. DANKSAGUNG**

Ich möchte all denjenigen Dank sagen, die mir bei der Anfertigung dieser Arbeit mit Rat und Tat zur Seite standen.

Mein besonderer Dank gilt Herrn Prof. Dr. med. H. Stürz, der es mir ermöglichte, diese Arbeit zu schreiben, und der mich bei der Erstellung der Arbeit aufmunternd unterstützte.

Bedanken möchte ich mich auch bei Herrn R. Kotte, der mir immer wieder half, die organisatorischen Probleme und Schwierigkeiten bei der Erhebung der Daten zu meistern.

Ebenso danke ich Herrn M. Pabst, der bei der Auswertung der Statistik viel Geduld für mich aufbrachte, und Frau E. Kalok, welche die Fotografien anfertigte. Dank sage ich Herrn Dr. L. Kalok und Frau I. Wittich, die mir unermüdlich Literatur besorgten.

Mein Dank gilt auch den Judotrainern und Judoka der einzelnen Vereine, ohne deren Hilfe ich nicht zu den Untersuchungsergebnissen gekommen wäre. Ein Dankeschön sei Herrn H. Altenkirch gesagt, der mich mit wichtigen Informationen über Theorie und Praxis im Judosport versorgte.

Mein spezieller Dank geht auch an meine Familie: meinen Ehemann Dr. F. Erdmann, der viel Geduld aufbrachte und mich beim Kampf mit dem PC unterstützte, und meinen Kindern Nico und Roja, die sich gemeinsam mit Florian Rogge für die Fotografien werfen ließen.

Abschließend sei noch einmal allen Helfern gedankt, ohne deren Mitwirkung die Arbeit nicht zustande gekommen wäre.



## **6. LEBENSLAUF**

Am 4. Februar 1954 wurde ich als Tochter des Postbeamten Walter Erdmann und der Lehrerin Hedwig Erdmann, geb. Schmitt, in Gießen geboren.

Von Ostern 1960 bis 1964 besuchte ich die Volksschule Merlau, ab Ostern 1964 die Theo-Koch-Schule in Grünberg. Dort legte ich im Sommer 1972 die Reifeprüfung am mathematisch-naturwissenschaftlichen Zweig des Gymnasiums ab.

Vom Wintersemester 1972/73 bis zum Wintersemester 1978/79 studierte ich an der Justus Liebig-Universität Gießen Humanmedizin. Im Mai 1979 erlangte ich die Approbation.

Von 1. Juni bis 30. November 1979 arbeitete ich als Assistenzärztin in der internistischen Fachklinik Nordrhein in Bad Nauheim, von 1. Dezember 1979 bis 15. Juni 1981 in der chirurgischen Abteilung des Kreiskrankenhauses Friedberg und von 1. Juli 1981 bis 18. Dezember 1983 in der unfallchirurgischen Abteilung des Schwerpunktkrankenhauses Wetzlar.

Ab März 1984 assistierte ich zunächst drei Monate in einer Landarztpraxis, anschließend bestand meine ärztliche Tätigkeit ich Urlaubsvertretungen und Notdiensten.

Seit 1. Januar 1986 bin ich in meiner eigenen Praxis in Mücke-Merlau tätig. Ich besitze die Facharztbezeichnung für Allgemeinmedizin und die Zusatzbezeichnungen Sportmedizin und Chirotherapie.

Ich bin verheiratet und habe zwei Kinder.

Seit 1996 betreibe ich Judo, zur Zeit besitze ich den 5. Kyu.

## **7. ANHANG**

### **7.1 Liste der ausgewerteten Wettkämpfe**

Bezeichnung	Ort	Datum	Altersgruppe
Kreismeisterschaften MKK	Niederdorfelden	15.2.97	U11m/w,U15/U16, U18/U19,U21
Bezirksmeisterschaften	Grünberg	23.2.97	U16, U18/U19
Bezirksmeisterschaften	Karben	26.4.97	U11m,U15
Hessische Einzelmeisterschaften	Grünberg	11.5.97	U15
Bezirks-Wetterau-Cup	Maintal- Dörnigheim	31.5.97 1.6.97	U13m/w,U15,U19,U21 U11m/w,U16,U18
Bezirksmeisterschaften	Maintal- Dörnigheim	28.6.97	U11w,U13m/w
25-Jahr-Feier MKK	Hanau	13.7.97	
Kreismeisterschaften MKK	Hanau	27.9.97	U11m/w,U13m/w,U18
Hessische Kyu-Meisterschaften*	Hanau	28.9.97	U15, letzter Jahrgang U13
Kreismeisterschaften Wetteraukreis*	Hanau	28.9.97	U13m/w,U16, U18/U19
Hessenpokal (nur Teilnehmer vom Bezirk Wetterau)*	Schwalbach/Ts	2.11.97	U15/U16
Limespokal	Großkrotzenburg	15.11.97 16.11.97	U13m/w,U18/U19 U11m/w,U15/U16
Kreismeisterschaften MKK*	JZ Ronneburg	1.2.98	U11m/w,U14,U15/U17, U18/U20
Bezirksmeisterschaften*	Hungen	1.3.98	U15/U17,U18/U20

\* Von diesen Wettkämpfen wurden alle Teilnehmer nach Geschlecht, Altersgruppe und Gewichtsklasse ausgewertet.

### **7.2 Liste der ausgewerteten Lehrgänge**

Bezeichnung	Ort	Datum
Kaderlehrgang	Grünberg	17.08.97
Offener Tageslehrgang	JZ Ronneburg	12.7.97
Kaderlehrgang	Sportschule Frankfurt	11./12.10.97
Kaderlehrgang	Ronneburg	8./9.11.97
Lehrgang mit R. Trautmann	Büdingen-Düdelnheim	5.7.97

### 7.3 Inhalt des Fragebogens für Wettkampfverletzungen

## Fragebogen zur Judountersuchung 1997

### ***I. Persönliche Daten***

Name, Vorname : \_\_\_\_\_ ☐ männlich  
 Geburtsdatum : \_\_\_\_\_ ☐ weiblich  
 Gewichtsklasse : \_\_\_\_\_  
 Kyu-/ Dan-Grad : \_\_\_\_\_  
 Bezeichnung : U11 ☐ U13 ☐ U15 ☐ / U16 ☐ U18 ☐ / U19 ☐  
 Für welchen Verein kämpfst Du ? \_\_\_\_\_

### ***II. Fragen zum Training***

Seit wieviel Jahren trainierst Du systematisch Judo ? \_\_\_\_\_  
 Wieviel mal trainierst Du in der Woche ? ☐ 1 mal ☐ 2 mal ☐ mehr : \_\_\_\_  
 Wie lange dauert das Training ? ☐ bis 3 h ☐ länger : \_\_\_\_\_  
 Wann hast Du das letzte Mal vor diesem Wettkampf trainiert ? \_\_\_\_\_  
 Seit wieviel Jahren fährst Du zu Wettkämpfen ? \_\_\_\_\_  
 Zu wieviel Wettkämpfen fährst Du durchschnittlich im Jahr ? \_\_\_\_\_

Welche Würfe bevorzugst Du ?

1. _____	<input type="checkbox"/> rechts	<input type="checkbox"/> links	<input type="checkbox"/> beidseitig
2. _____	<input type="checkbox"/> rechts	<input type="checkbox"/> links	<input type="checkbox"/> beidseitig
3. _____	<input type="checkbox"/> rechts	<input type="checkbox"/> links	<input type="checkbox"/> beidseitig
weitere : _____	<input type="checkbox"/> rechts	<input type="checkbox"/> links	<input type="checkbox"/> beidseitig

Welche Techniken bevorzugst Du ?

☐ Bodentechniken

☐ Techniken im Stand

Benutzt Du Bandagen, Schützer oder Tape ? ☐ nein ☐ ja, welche \_\_\_\_\_

Was waren deine größten Erfolge (bitte ankreuzen)?

Kreis: 1 2 3 teilgen.	Bezirk: 1 2 3 teilgen.
Land: 1 2 3 teilgen.	SWD: 1 2 3 teilgen.
Deutsche: 1 2 3 teilgen.	Internat: 1 2 3 teilgen.
sonstige : _____	

Welche Sportarten betreibst Du gleichzeitig neben Judo (z.B. Fußball, Handball, Inline-Skating, Krafttraining, usw.) ?

Seit wieviel Jahren betreibst Du die andere(n) Sportart(en) ? \_\_\_\_\_

### **III. Fragen zu aktuellem Wettkampf und jetziger Verletzung**

Wie hast Du Dich vor dem Wettkampf aufgewärmt ?

- ☐ Laufen                      ☐ Dehnen                      ☐ judotypische Techniken  
☐ Sonstiges : \_\_\_\_\_

Wie lange hast Du Dich aufgewärmt ? \_\_\_\_\_

Wie lange hast Du vor dem Wettkampf nichts mehr gegessen ? \_\_\_\_\_

Hast Du nach dem Wiegen noch gegessen oder getrunken ?

- ☐ nein                      ☐ ja , was ? \_\_\_\_\_

Hast Du vor dem Wettkampf Gewicht abtrainiert ? ☐ ja                      ☐ nein

Wenn ja, wieviel kg hast Du abtrainiert ? \_\_\_\_\_

In welcher Zeit hast Du das Gewicht abtrainiert ? \_\_\_\_\_

Wie hast Du das Gewicht abtrainiert ? \_\_\_\_\_

Erhieltest Du eine Verwarnung durch dem Kampfrichter ? ☐ ja                      ☐ nein

Wenn ja, beim wievielten Kampf ? \_\_\_\_\_

Wie hast Du beim Turnier gekämpft ? (+ = Sieg ; - = Niederlage )

1. Kampf : \_\_\_\_                      2. Kampf: \_\_\_\_                      3. Kampf : \_\_\_\_                      4. Kampf : \_\_\_\_

Beim wievielten Kampf hast Du Dir die Verletzung zugezogen ? \_\_\_\_\_

Wobei hast Du Dir die Verletzung zugezogen ?

- ☐ Wurf                      welcher ? \_\_\_\_\_  
☐ Bodentechnik                      ☐ Haltegriff                      ☐ Hebel                      ☐ Würgegriff

Durch wessen Fehler hast Du Dich verletzt ? ☐ Gegner                      ☐ eigener

Gegen welchen Kyu/Dan (Gürtelfarbe) hast Du gekämpft ? \_\_\_\_\_

Wo hast Du Dich verletzt ?

	<u>rechts</u>	<u>links</u>		<u>rechts</u>	<u>links</u>
Großzehe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Finger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
übrige Zehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	übrige Hand	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
übriger Fuß	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Handgelenk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sprunggelenk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Unterarm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unterschenkel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ellenbogen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Knie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Oberarm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Oberschenkel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schlüsselbein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hüfte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	übrige Schulter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<input type="checkbox"/> Rippen	<input type="checkbox"/> übriger Brustkorb
<input type="checkbox"/> Wirbelsäule	<input type="checkbox"/> übriger Rücken
<input type="checkbox"/> Hals	<input type="checkbox"/> Kopf
<input type="checkbox"/> sonstiges : _____	

Welche Verletzung hast Du Dir zugelegt ?

☐ Hautverletzung (Schürfwunden, Nagelverletzungen, usw.)

☐ Bluterguß

☐ Prellung, Schwellung

<input type="checkbox"/> Verstauchung	<input type="checkbox"/> Zerrung / Bänderzerrung	<input type="checkbox"/> Bänderriß
<input type="checkbox"/> Ausrenkung	<input type="checkbox"/> Knochenbruch	<input type="checkbox"/> Bewegungseinschränkung

☐ sonstiges (Muskelriß, Sehnenriß, Kreislaufprobleme, usw.) :

---

Mußt / mußt Du operiert werden ? ☐ ja ☐ nein

Warst Du vor dem Kampf geschwächt ? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, wodurch ? \_\_\_\_\_

☐ Grippe

☐ andere Verletzung , welche ? \_\_\_\_\_

☐ Gelenkschmerzen ☐ Muskelschmerzen

☐ eingeschränkte Beweglichkeit

☐ sonstiges : \_\_\_\_\_

Hast Du andere Krankheiten (z.B. Asthma) ? ☐ nein ☐ ja, welche \_\_\_\_\_

#### ***IV. Fragen zu früheren Verletzungen.***

Wieviele leichte Judoverletzungen hattest Du vor der jetzigen Verletzung ? \_\_\_\_\_

Welche Verletzungen? Wo waren die Verletzungen ? \_\_\_\_\_

Wieviele schwere Judoverletzungen hattest Du vor der jetzigen Verletzung ? \_\_\_\_\_

Beschreibe die schweren Judoverletzungen :

	schwerste Verletzung	zweitschwerste Verletzung	drittschwerste Verletzung	andere
Verletzung ( welche ? wo ? )				

Wann war die Verletzung ?				
Wurde die Verletzung durch Verbände oder ähnliches behandelt (=K) oder wurdest Du operiert (=O) ?	<input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> O	<input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> O	<input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> O	<input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> O
Wann war der erste Trainingsbeginn (Kraft, Laufen, ...)				
Wann war der erste Judotrainingsbeginn ?				
Wann war der erste Judowettkampf ?				
Hast Du Dich an der gleichen Stelle nochmals verletzt ?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Hast Du noch Probleme mit der Verletzung ?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

Wirst Du noch ärztlich oder krankengymnastisch behandelt wegen alter Judoverletzungen?

☐ nein      ☐ ja, wie? \_\_\_\_\_

Hattest Du schwere Verletzungen bei anderen Sportarten oder sonstige schwere Unfälle ?

☐ nein      ☐ ja, welche \_\_\_\_\_?

**Wärest Du mit einer körperlichen Nachuntersuchung während des Trainings einverstanden?**    ☐ nein      ☐ ja

**Wenn ja, unter welcher Telefon-Nummer kann ich Dich erreichen?** \_\_\_\_\_

Ich versichere, daß die gesamten Daten vertraulich behandelt werden.

Bei weiteren Fragen stehe ich gerne zur Verfügung.

Ute Erdmann - Sportmedizinerin

Tel.: 06400- 950936

## **7.4 Inhalt des Fragebogens für Lehrgangs- und Trainingsverletzungen**

### **Fragebogen zur Judountersuchung 1997**

#### ***I. Persönliche Daten***

Name, Vorname : \_\_\_\_\_ ☐ männlich  
 Geburtsdatum : \_\_\_\_\_ ☐ weiblich  
 Gewichtsklasse : \_\_\_\_\_  
 Kyu-/ Dan-Grad : \_\_\_\_\_  
 Bezeichnung : U11 ☐ U13 ☐ U15 ☐ / U16 ☐ U18 ☐ / U19 ☐  
 Für welchen Verein kämpfst Du ? \_\_\_\_\_

#### ***II. Fragen zum Training***

Seit wieviel Jahren trainierst Du systematisch Judo ? \_\_\_\_\_  
 Wieviel mal trainierst Du in der Woche ? ☐ 1 mal ☐ 2 mal ☐ mehr : \_\_\_\_  
 Wie lange dauert das Training ? ☐ bis 2 h ☐ länger : \_\_\_\_\_  
 Seit wieviel Jahren fährst Du zu Wettkämpfen ? \_\_\_\_\_  
 Zu wieviel Wettkämpfen fährst Du durchschnittlich im Jahr ? \_\_\_\_\_

Welche Würfe bevorzugst Du ?

1. _____	<input type="checkbox"/> rechts	<input type="checkbox"/> links	<input type="checkbox"/> beidseitig
2. _____	<input type="checkbox"/> rechts	<input type="checkbox"/> links	<input type="checkbox"/> beidseitig
3. _____	<input type="checkbox"/> rechts	<input type="checkbox"/> links	<input type="checkbox"/> beidseitig
weitere : _____	<input type="checkbox"/> rechts	<input type="checkbox"/> links	<input type="checkbox"/> beidseitig

Welche Techniken bevorzugst Du ?

☐ Bodentechniken

☐ Techniken im Stand

Benutzt Du Bandagen, Schützer oder Tape ? ☐ nein ☐ ja, welche \_\_\_\_\_

Was waren deine größten Erfolge (bitte ankreuzen)?

Kreis: 1 2 3 teilgen.	Bezirk: 1 2 3 teilgen.
Land: 1 2 3 teilgen.	SWD: 1 2 3 teilgen.
Deutsche: 1 2 3 teilgen.	Internat: 1 2 3 teilgen.
sonstige : _____	

Welche Sportarten betreibst Du gleichzeitig neben Judo (z.B. Fußball, Handball, Inline-Skating, Krafttraining, usw.) ?  
 \_\_\_\_\_

Seit wieviel Jahren betreibst Du die andere(n) Sportart(en) ? \_\_\_\_\_

### III. Fragen zur jetzigen Verletzung

Wie lange hast Du Dich aufgewärmt ? \_\_\_\_\_

Wobei hast Du Dir die Verletzung zugezogen ?

- ☐ Wurf                      welcher ? \_\_\_\_\_  
☐ Bodentechnik      ☐ Haltegriff              ☐ Hebel              ☐ Würgegriff  
☐ sonstiges: \_\_\_\_\_

Durch wessen Fehler hast Du Dich verletzt ?              ☐ Gegner              ☐ eigener

Wo hast Du Dich verletzt ?

	<u>rechts</u>	<u>links</u>		<u>rechts</u>	<u>links</u>
Großzehe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Finger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
übrige Zehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	übrige Hand	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
übriger Fuß	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Handgelenk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sprunggelenk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Unterarm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unterschenkel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ellenbogen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Knie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Oberarm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oberschenkel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schlüsselbein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hüfte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	übrige Schulter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- ☐ Rippen      ☐ übriger Brustkorb  
☐ Wirbelsäule      ☐ übriger Rücken  
☐ Hals      ☐ Kopf  
☐ sonstiges : \_\_\_\_\_

Welche Verletzung hast Du Dir zugelegt ?

- ☐ Hautverletzung (Schürfwunden, Nagelverletzungen, usw.)  
☐ Bluterguß  
☐ Prellung, Schwellung  
☐ Verstauchung      ☐ Zerrung / Bänderzerrung      ☐ Bänderriß  
☐ Ausrenkung      ☐ Knochenbruch      ☐ Bewegungseinschränkung  
☐ sonstiges (Muskelriß, Sehnenriß, Kreislaufprobleme, usw.) : \_\_\_\_\_

Mußt / mußttest Du operiert werden ?              ☐ ja      ☐ nein

Warst Du vor dem Training geschwächt ?              ☐ ja      ☐ nein

Wenn ja, wodurch ? \_\_\_\_\_

- ☐ Grippe  
☐ andere Verletzung , welche ? \_\_\_\_\_  
☐ Gelenkschmerzen      ☐ Muskelschmerzen  
☐ eingeschränkte Beweglichkeit  
☐ sonstiges : \_\_\_\_\_

Hast Du andere Krankheiten (z.B. Asthma) ?      ☐ nein      ☐ ja, welche \_\_\_\_\_ ?



#### IV. Fragen zu früheren Verletzungen.

Hattest Du leichte Judoverletzungen (ohne Trainingspause) an :

Verletzung	einmalig	mehrmals (verschiedene)	mehrmals (gleiche)	Wie viele Wochen hattest Du Schmerzen?	Hast Du noch Schmerzen ?
Finger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Handgelenk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Ellenbogen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Schulter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Zehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Sprunggelenk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Knie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Rücken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
sonstige	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Hattest Du schwere Judoverletzungen (mit Trainingspause) ?

	erste Verletzung	zweite Verletzung	dritte Verletzung	andere
Verletzung ( welche ? wo ? )				
Wann war die Verletzung ?				
Wurde die Verletzung durch Verbände oder ähnliches behandelt (=K) oder wurdest Du operiert (=O) ?	<input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> O	<input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> O	<input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> O	<input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> O
Wann war der erste Trainingsbeginn (Kraft, Laufen, ...)				
Wann war der erste Judotrainingbeginn ?				
Wann war der erste Judowettkampf ?				
Hast Du Dich an der gleichen Stelle nochmals verletzt ?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Hast Du noch Probleme mit der Verletzung ?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

Wirst Du noch ärztlich oder krankengymnastisch behandelt wegen alter Judoverletzungen?

☐ nein                      ☐ ja, wie? \_\_\_\_\_

Hattest Du schwere Verletzungen bei anderen Sportarten oder sonstige schwere Unfälle ?

☐ nein                      ☐ ja, welche \_\_\_\_\_?

**Wärest Du mit einer körperlichen Nachuntersuchung während des Trainings einverstanden?    ☐ nein                      ☐ ja**

**Wenn ja, unter welcher Telefonnummer kann ich Dich erreichen ? \_\_\_\_\_**

Ich versichere, daß die gesamten Daten vertraulich behandelt werden.

Für weitere Fragen stehe ich gerne zur Verfügung.

Ute Erdmann - Sportmedizinerin

Tel.: 06400- 950936

## 7.5 Inhalt des Untersuchungsbogens

### Untersuchungsbogen

#### Obere Extremität

Weichteilgewebe	unauffällig
Schulter	unauffällig
Ante-/Retroflexion	(150°-170° / 0°/ 40°)
Abduktion/Adduktion	(180° / 0° / 20-40°)
Außen-/Innenrotation (Oberarm anliegend)	(40°-60° / 0° / 95°)
Außen-/Innenrotation (Oberarm 90° seitw. abgeh.)	
AC- Gelenk: Krepitation	unauffällig
Elle	unauffällig
Inspektion ( Gelenkschwellung, Bursitis)	
Druckschmerz (z.B. Epikondylus )	
Extension/Flexion (10°-0°/0°/140°-150°)	
Supination/Pronation (90°-80°/0°/80°-90°)	
Deviation (Cubitus valgus, Seitendifferenz)	
Überstreckbarkeit	
Handgelenk	unauffällig
Dorsalextension/Volarflexion ( 35°-60°/0°/50°-60°)	
Ulnar-/Radialabduktion (30°-40°/0°/25°-30°)	
Deviation	
Überstreckbarkeit	
Finger	unauffällig
Inspektion (Schwellung)	
Druckschmerz	
Flexion/Extension	
Deviation	
Überstreckbarkeit; Aufklappbarkeit radial / ulnar	

#### Untere Extremität

Weichteilgewebe	unauffällig
Hüfte	unauffällig
Extension/Flexion (0°/0°/130°-140°)	
Abduktion/Adduktion (45°-30°/0°/20°-30°)	
Außen-/Innenrotation bei 90°Flexion	40°-50°/0°/30-45°)
Außen-/Innenrotation in Extension	(30°-40°/0°/40°-50°)
Knie	unauffällig
Extension/Flexion (5°-10°/0°/120°-150°)	
IRO-/ARO-/Neutral-Schublade	
Varus-/Valgus-Streß	
Zeichen nach Steinmann II	
Zeichen nach Zohlen	
retropatellares Reiben	
Fuß	unauffällig
OSG Dorsalextension/Plantarflexion	(20°-30°/0°/40°-50°)
USG Eversion/Inversion	(30°/0°/60°)
Schubladenphänomen	
Aufklappbarkeit	

Zehen	unauffällig
Funktionsprüfung	
<u>Wirbelsäule</u>	
Statik	unauffällig
Skoliose	
vermehrte Kyphose, Hyperlordose	
Halteleistungstest nach Matthiaß	
Beckenschiefstand	
Funktion	
FFA auffällig	
HWS	unauffällig
auffälliger Palpationsbefund	
Flexion/Extension (35°-45°/0°/45°)	
Lateralflexion (45°/0°/45°)	
Rotation (60°-80°/0°/60°-80°)	
BWS/LWS	unauffällig
auffälliger Palpationsbefund	
Flexion	
Extension	
Lateralflexion	
Rotation	
Becken	unauffällig
auffälliger Palpationsbefund	
Funktionsstörung	
<u>Muskulatur</u>	unauffällig
Verkürzungen	
M. trapezius	
M. levator scapulae	
M. pectoralis	
ischiokrurale Muskulatur	
M. piriformis	
Adduktoren	
M. iliopsoas	
M. rectus femoris	
M. triceps surae	
Abschwächungen	
tiefe Halsbeuger	
Schulterblattfixatoren	
Bauchmuskulatur	
M. gluteus max.	
Abduktoren	

## Knie - Bogen

### I. Inspektion :

- Gelenkfehlstellungen
- äußere Kniekonturen: Patelladysplasien (u.a. P. alta)

### II. a) Untersuchung d. Lig.

- Seitenbänder 0°  
30°
- vord. / hintere Schublade (neutral, IRO ,ARO )

- b) Untersuchung Menisci : Steinmann I u II  
 Mc Murry Test.  
 Kompressions- u. Distractionstest n. Apley.  
 Übersteckung.

(akut- degen.) DS Hinterhorn  
 Bragard  
 Grinding  
 Böhler  
 Lachmann

Test nach Slocum  
 (chron. Instab.) Pivot shift  
 Rot. Schublade in versch.  
 Bewegungsstellungen

### III. Beurteilung der Retropatellarfläche

Patella - KS bei gebeugtem Knie (FRÜNDSches Zeichen)  
 Zohlen I (med. + lat. Facetten - DS)  
 Zohlen II (Hyperpressionsschmerz)

Hobelphänomen (Krepitation bei pass. Bew. )  
 Erguß (Schwellung)

### IV. Beweglichkeit Neutral - 0 - Methode

### V. Untersuchung der Muskulatur

Tonus-vergleichende Palpation ( Vastus med. - lat. )

OS - Umfangsmessung

7.5 cm	re.	li.
10 cm	re.	li.
15 cm	re.	li.
20 cm	re.	li.